



GENNAIO / FEBBRAIO 2016

N. 60

RISM

RIVISTA ITALIANA DI SANITA' MILITARE

STORIA, CULTURA E SCIENZA

IN QUESTO NUMERO

L'Editoriale

di Miles

**L'Ospedale di guerra della
Repubblica di San Marino**

di Giuliano Giardi

**Garibaldi, alfiere dei
disabili**

di Alessandro Mella

Un eroe, un Maestro

di Cesare Alpignano

**Dignità alle madri: Medici,
Ostetriche e Marinai insieme
per la tutela della donna.
Prende vita "Nati a
bordo"**

di Luca Bello

**Le stellette della Croce
Rossa Italiana - 1907/1936**

di Davide Zamboni

**Il diritto dei beni culturali
nei conflitti armati**

di Anna Maria La Manna

**Sviluppo ed evoluzione
del concetto di ambulanza
dalle origini alla Seconda
Guerra Mondiale**

di Fabio Fabbriatore

**Una visita alla Linea Ca-
dorna**

di Giovanni Mattei

**Il Waterloo di Bondarchuk,
una pellicola eterna**

di Alessandro Mella

RISM
E'
CON I MARO'



ISSN 2465-0285





RISM

Rivista Italiana di Sanità Militare

Periodico di Storia, Cultura e Scienza

Direttore

Fabio Fabbricatore

direttore_rism@yahoo.it

Vicedirettore

Alessandro Mella

Caporedattore

Marcello G. Novello

redazione01@yahoo.it

Hanno collaborato

Giuliano Giardi

Vice Presidente della Croce Rossa Sammarinese, già Primario di Pronto Soccorso presso l'Ospedale di Stato della Repubblica di San Marino. Capitano Medico, Sanità Militare delle Milizie della Repubblica di San Marino.

Cesare Alpignano

Formatore di sicurezza sul lavoro, giornalista pubblicista, ricercatore storico e Ufficiale Commissario del Corpo Militare CRI.

Luca Bello

Medico chirurgo specialista in ginecologia ed ostetricia, U.M.R.S. Corpo Sanitario Militare Marittimo, Marina Militare Italiana.

Davide Zamboni

Ricercatore storico, scrittore e divulgatore.

Anna Maria La Manna

Docente, Infermiera Volontaria della CRI, Cultore di Storia della Croce Rossa e della Medicina, Istruttrice di Diritto Internazionale Umanitario.

Giovanni Mattei

Presidente provinciale dell'Associazione Nazionale del Fante - Sezione di Varese, Ufficiale del Corpo Militare EI-SMOM.

Direzione e Redazione

Piazza Guido Gozzano n. 15

10132 Torino

Tel. 3338913212

rivista_rism@yahoo.it

Garanzia di riservatezza

I dati personali forniti per l'indirizzario vengono utilizzati esclusivamente per l'invio della pubblicazione e non vengono ceduti a terzi per nessun motivo.

(D. Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali).

Regole per la collaborazione a RISM

Scopo di queste regole è facilitare l'opera degli Autori nella presentazione del proprio lavoro e di ottimizzare le procedure di pubblicazione.

La collaborazione alla Rivista Italiana di Sanità Militare è libera, volontaria e gratuita. Le opinioni espresse dagli Autori, così come eventuali errori conseguenti all'impaginazione, non impegnano in alcun modo la responsabilità del periodico né dei componenti della Redazione.

Gli elaborati dovranno pervenire su supporto elettronico (come allegato e-mail) con immagini ed eventuali tabelle e figure, all'indirizzo rivista_rism@yahoo.it. La pubblicazione degli stessi, successiva alla valutazione da parte del Comitato di Redazione, avverrà sul primo numero disponibile, salve eventuali scadenze dovute a ragioni di cronaca.

L'accettazione è condizionata al parere della redazione, che non è tenuta a motivare la mancata pubblicazione.

La Rivista accetta per la pubblicazione lavori scientifici, comunicazioni scientifiche, ricerche storiche, articoli di cronaca, editoriali (solo su invito) ed ogni altro contributo storico, tecnico o scientifico rilevante e comunque caratterizzato da originalità.

Gli Autori sono responsabili del contenuto del testo e della sua originalità, così come del possesso dei diritti di pubblicazione relativi alle eventuali immagini, illustrazione o tabelle a corredo del testo.

Una volta accettati i lavori divengono di proprietà della Rivista e non possono essere nuovamente pubblicati in tutto o in parte senza il consenso esplicito della Rivista stessa, e comunque citando espressamente il numero della RISM come fonte.

I lavori, le foto ed i supporti informatici rimarranno custoditi agli atti della Redazione, non saranno restituiti anche se non pubblicati.

I testi andranno salvati in formato DOC (Microsoft Word). I grafici, se generati in Microsoft Excel o formati analoghi, inviati completi della tabella dei dati che li ha generati.

Le immagini nei formati JPG o TIFF con la risoluzione minima di 300 dpi, numerate progressivamente e corredate dalle opportune didascalie.

La pagina iniziale del testo deve contenere:

- Titolo del lavoro in italiano
- Il nome e cognome di ogni Autore
- Il recapito, telefono, fax ed e-mail dell'Autore cui si deve indirizzare la eventuale corrispondenza
- Una immagine rappresentativa dell'argomento principale dell'elaborato.

Per quanto riguarda la struttura dell'articolo, si suggeriscono alcuni elementi:

Introduzione: illustrare brevemente la natura e lo scopo del lavoro, con citazioni bibliografiche significative, senza includere dati e conclusioni.

Risultati di analisi o ricerche: Presentarli con chiarezza e concisione, senza commentarli.

Discussione: spiegare i risultati eventualmente confrontandoli con quelli di altri autori. Definire la loro importanza ai fini della trattazione.

Citazioni: i riferimenti bibliografici dovranno essere segnalati nel testo, numerati progressivamente ed indicati tra parentesi.

Bibliografia: i riferimenti bibliografici dovranno essere limitati ad una selezione dei titoli principali.

Gli Autori dei testi citati vanno totalmente riportati quando non superiori a 6, altrimenti citare i primi tre seguiti dall'abbreviazione: et al.

Tabelle e figure: L'articolo dovrà essere completo di figure e tabelle quando richieste od opportune alla migliore comprensione della trattazione.

Le tabelle dovranno essere numerate progressivamente.

Note a fondo pagina: per quanto possibile dovrebbero essere evitate. Se indispensabili, devono apparire in fondo alla rispettiva pagina, numerate in progressione.

Inclusione tra gli Autori: per essere designati Autori è necessario che ciascun Autore abbia preso parte al lavoro in modo sufficiente da poter assumere pubblica responsabilità del suo contenuto.

Autorizzazioni e riconoscimenti: Le citazioni estese, i dati ed i materiali illustrativi ripresi da pubblicazioni precedenti debbono essere autorizzate dagli Autori e dalle case editrici, in conformità con le norme che regolano il copyright. Tali autorizzazioni vanno inviate in copia via email unitamente all'articolo all'attenzione della Redazione (rivista_rism@yahoo.com).

Uniformità: La redazione si riserva il diritto di apportare al testo minime modifiche di forma e di stile per uniformità redazionale.

Presentazione dell'autore: è richiesto l'invio di un breve curriculum vitae ed i punti di contatto dell'Autore (indirizzo, tel., fax, e-mail).

RISM

Il nostro mestiere è coltivare la Storia.

Una rivista che della Storia ha fatto uno dei propri capisaldi, oltretutto con cadenza bimestrale, non dovrebbe occuparsi di "politica" e tantomeno della cronaca quotidiana ad essa legata.

Il poter lasciare che il *polverone* si depositi e sedimenti, permettendo di vederci più chiaro e di tenersi lontani dalle passioni, e la necessità di praticare la Storia nel modo più asettico possibile, dovrebbero indurci ad assumere informazioni e riferire come un dato di fatto gli avvenimenti, null'altro.

Eppure.

Ogni cambiamento genera nell'Uomo, da che mondo é mondo, un disequilibrio. Lo *status quo ante* vien meno e le reazioni al nuovo stato di cose a volte non sono particolarmente accoglienti, ordinate o piacevoli.

Otto anni di gravissima crisi economica e una burrascosa situazione politica hanno portato la nostra Patria non già, come direbbero alcuni, sull'orlo del baratro, ma direttamente nelle *sabbie mobili*, nelle quali Essa sta, sempre più rapidamente ed inesorabilmente, affondando.

Ed a nulla secondo noi valgono gli inani proclami, più che sforzi reali, di certi "uomini inviati dalla Provvidenza" che ultimamente sgomitano per salire su ogni ribalta e si sgolano per cercare di farci credere che "siamo usciti dalla crisi" e "il <paese> é in crescita". Non credendoci, peraltro, neppur loro.

Il nostro mestiere però non é far politica.

Nutriamo un profondo, sacrale rispetto per le altrui opinioni, e se queste non collimano con le nostre sappiamo farcene una ragione. A condizione però che gli altri rispettino le nostre idee in egual misura.

Il nostro mestiere é coltivare la Storia.

Arduo anch'esso, perché la Storia la scrive in genere chi vince e spesso ragioni di opportunità, o di opportunismo, conducono improvvidamente a far calare il silenzio, peggio ancora l'oblio, su vicende delle quali invece non bisognerebbe mai smettere di parlare.

Una per tutti la tragedia delle Foibe e degli Italiani d'Istria, ancora oggi relegata in cantucci oscuri e ben lontani dal clamore mediatico al quale la cronaca, purtroppo, ci ha resi adusi.

Noi cerchiamo, a modo nostro, di andare controcorrente. Di ragionare sui fatti dei quali si alimenta la Storia, quella vera, che non ha e non può avere colore politico o etichette di appartenenza. La Storia é o non é tale.

Ci riusciremo, riusciremo a indurre un cambiamento, foriero di un modo *nuovo* di affrontare la ricerca storica e il dialogo su di essa?

La risposta verrà dai nostri Lettori e da quanti -sempre graditi- vorranno collaborare con noi. Il *cambiamento* inaugurato a inizio 2015, con la nuova testata e una veste grafica più professionale e adeguata, é destinato, almeno nelle intenzioni, a proseguire.

Eppure.

Eppure gli atti terroristici che hanno insanguinato lo scorso anno, culminati nei vergognosi e indegni fatti di Colonia della notte di Capodanno, non possono -e a nostro giudizio non devono- lasciarci insensibili.

Ancora una volta é stato sparso sangue innocente, innocente perché colpito *a caso* da fanatici che, a loro dire, agiscono in nome di un dio, e di una religione il cui obiettivo sarebbe -nientemeno- di cancellare la civiltà occidentale e sottomettere il mondo.

Premettiamo doverosamente che non crediamo ad alcuna forma di "buonismo" o di "integralismo moderato", antinomia che ben potrebbe descrivere certi funambolismi che si sentono in questi giorni ad opera di improvvisati analisti politici e sociologi da bar.

Consideriamo inoltre che, quando si parla di religione, si sconfinava facilmente in un terreno impervio e assai difficoltoso, ricco di detentori della (o *delle*) verità, mai come in questo caso multiforme e complessa.

Ciò detto, siamo profondamente scossi e indignati.

Indignati, arrabbiati contro un gruppo di idioti fanatici che, senza una reale ragione plausibile, hanno dichiarato guerra alla nostra Civiltà, secolarizzata ma fondamentalmente pacifica.

Indignati contro tutti i *buonisti pacifondai* che sentenziano, ben protetti dall'anonimato loro concesso dalle tastiere, sui social network, descrivendo complotti e manovre occulte che, se da un lato ricordano le congiure *demoplutogiudomassoniche* di altre epoche, danno una chiara misura del livello al quale sia arrivato l'imbarbarimento ideologico.

Indignati oltremisura contro la disinformazione, specchio della paura, diffusione della quale é il vero obiettivo della mente malata e distorta che ha progettato tutti i fatti criminosi ai quali ci riferiamo.



"...Nutriamo un profondo, sacrale rispetto per le altrui opinioni, e se queste non collimano con le nostre sappiamo farcene una ragione. A condizione però che gli altri rispettino le nostre idee in egual misura..."

RISM

"... Molto sangue purtroppo dovrà ancora scorrere. Ma per quanto indebolita e secolarizzata la Civiltà occidentale saprà trovare le risorse per sopravvivere... "

Ed anche contro la credulità delle masse, pronte a prender per buona qualsiasi notizia purché urlata più forte delle altre anziché riflettere e farsi guidare da un minimo di raziocinio.

Riteniamo che il miglior modo per combattere in questo momento sia la normalità. Solo la normalità, il continuare la nostra vita, potrà sconfiggere la paura e quindi fare terra bruciata attorno a chi crede di poter cambiare il mondo con il terrore.

La stessa Rivoluzione francese nacque nel sangue, e Terrore fu definito il periodo che ne seguì. Questa non è l'alba di una rivoluzione, e molto sangue purtroppo dovrà ancora scorrere. Ma per quanto indebolita e secolarizzata la Civiltà occidentale saprà trovare le risorse per sopravvivere.

Dittature che terrorizzarono il mondo furono sconfitte da altre dittature che credevano di poter durare in eterno, e si sciolsero come neve al sole al crollare di un muro di mattoni.

Forse non saremo noi a vedere l'alba di questo nuovo giorno. Forse nemmeno i nostri figli. Ma arriverà.

E arriverà soprattutto se *tutti* una buona volta saremo decisi e determinati ad impegnarci. E a non avere paura.

Mentre *Miles* scrive, sui social network si susseguono accuse velenose e roboanti proclami, vuoti come la testa di chi li pubblica, che fra una settimana saranno già dimenticati.

La soluzione sta, a nostro modesto parere, nel superamento dei preconcetti. Se da parte del mondo Musulmano ci sarà una presa di posizione determinata, un segno di *vita* forte e preciso, se i Musulmani si

schiereranno al fianco delle Nazioni che li ospitano e permettono loro una vita civile e serena, allora e solo allora saremo in grado di debellare una minaccia che è tale per tutti, indipendentemente da qualsiasi possibile forma di distinzione.

Il 2016 è da poco iniziato e, come ogni anno, il nostro augurio va a ognuno dei nostri Lettori, perché ogni loro speranza possa realizzarsi. E come ogni nuovo inizio, accogliamo una novità, la prestigiosa collaborazione a questo numero del Dott. Giuliano Giardi, vicepresidente della Croce Rossa Sammarinese, con un interessante saggio sulla realtà dell'Ospedale di Guerra della Repubblica di San Marino. Auspicando naturalmente che sia soltanto l'inizio di un sodalizio lungo e ricco di reciproche soddisfazioni, nel comune interesse per la ricerca storica.

Buona lettura ed a rivederci al prossimo numero!

Miles



RISM

La Croce Rossa non occupa soltanto un posto speciale nel nostro sentire collettivo quale Organismo di cura mondiale. Per me personalmente, e per coloro che come me hanno condiviso l'esperienza di essere prigionieri politici, la Croce Rossa ha rappresentato un furo di umanità nel mondo buio e disumano di quel tipo di prigionia.



Nelson Rolihlahla Mandela
(1918 - 2013)

L'Ospedale di guerra della Repubblica di San Marino.

Ad un secolo dall'inizio di quel terribile conflitto è necessario ricordare che la Repubblica di San Marino, nonostante le sue ridotte dimensioni e la scarsa popolazione, non fu estranea alle vicende che, in quegli anni, interessarono non solo l'Europa, ma molte nazioni extraeuropee, e che ci fu un notevole coinvolgimento della Repubblica, stato non belligerante, in tantissimi avvenimenti rimasti praticamente sconosciuti fuori dai nostri confini.

Furono intraprese diverse azioni concretizzate da una piccola minoranza della cittadinanza, motivata sì, ma pur sempre una piccola minoranza che riusciva a farsi notare e a far clamore con azioni anche meritorie e che portarono lustro alla Repubblica.

Infatti la povertà e la miseria in Repubblica, all'inizio del XX secolo, erano ancora molto diffuse; il pensiero principale, la prima necessità di gran parte della popolazione era quindi quella di sfamarsi, riscaldarsi e vestirsi.

Altra considerazione riguarda la neutralità di San Marino. La Repubblica era uno Stato neutrale come comunemente si crede? E' difficile confermarlo. Varie sono le modalità per uno stato di proclamare la neutralità. Si può essere neu-

trali, come ad esempio la Svizzera, in senso estensivo, sempre e verso tutte le situazioni, senza parteggiare per nessuna delle parti in alcun momento, o si può essere neutrali in maniera limitata solo verso una specifica situazione, come ad esempio un evento che poteva essere bellico, come la prima guerra mondiale. San Marino però non ha mai definito la sua neutralità con atti specifici, essa non è mai stata proclamata, almeno sino agli anni '80 del '900, ma da allora si parla genericamente di politica di neutralità, senza definire ufficialmente questo status con atti normativi specifici.

Già nel 1915 sorsero problemi con il Regno Italiano che si stava schierando con le potenze dell'Intesa, diffidente di conseguenza verso uno Stato che era una enclave sovrana nella penisola, in una posizione strategica, non controllabile completamente, ove aerei austriaci dalla loro base di Pola sarebbero anche potuti atterrare. La vetta del monte, dominante l'Adriatico era in una posizione ideale per fare segnalazioni verso il mare. Le conseguenze furono una serie di provvedimenti italiani tesi a facilitare controlli e sorveglianza, anche perché, insinuazioni diffuse ad arte dal Regno e da alcuni paesi europei, ipotizzavano una attività spionistica nella Repubblica sia a favore degli Imperi Centrali che dell'Intesa. Il Console italiano in Repubblica, Giuseppe Gori fu particolarmente solerte in questa attività. Si iniziò con insinuazioni, diffuse ad arte dalla stampa, che una stazione



di
Giuliano Giardi

"... è necessario ricordare che la Repubblica di San Marino, nonostante le sue ridotte dimensioni e la scarsa popolazione, non fu estranea alle vicende che, in quegli anni, interessarono non solo l'Europa..."



RISM



radio ricevente, con antenna tesa fra due torri, captava le trasmissioni radio delle navi austriache che pattugliavano l'Adriatico, trasmettendole poi a Parigi ad una stazione con antenna sulla torre Eiffel, notizia ripresa anche da molti giornali europei. Era stato il professor Borbiconi, docente di fisica nel liceo che aveva allestito questa radio, solo ricevente, per scopi didattici. Poi vi furono sospetti verso alcuni frati ritenuti colpevoli di fare segnalazioni luminose notturne dalla vetta del monte verso il mare. Cinque di essi furono incarcerati per alcuni giorni e poi tutto si dimostrò infondato. Questa clima portò alla creazione di una guardia civica con compito di controllare che le disposizioni prese dal Governo fossero rispettate. Il passo successivo dell'Italia, teso a questi controlli, fu l'interruzione delle comunicazioni telefoniche. Il telefono era appena arrivato sul Titano, ma durante la guerra praticamente non funzionò mai per le continue interruzioni prodotte dal Regno. Seguì l'attivazione di una rigida censura su tutta la posta in entrata ed uscita da San Marino, nonostante le azioni politiche sammarinesi fossero ispirate ad una politica nettamente filo italiana tesa a considerare quel conflitto come la IV guerra d'indipendenza ed a sostenere apertamente la causa del Regno.

Dopo l'ingresso dell'Italia nel conflitto si pensava che la guerra fosse lontana, un evento localizzato al confine con l'Impero Austroungarico, nel Veneto. Purtroppo non era vero e numerosi avvenimenti cominciarono a investire la Repubblica. In alcuni situazioni si trovò coinvolta involontariamente, con azioni provenienti da fuori confine, sulle quali era difficile intervenire per controllarle; in altre entrò volontariamente e in altre ancora vi fu coinvolgimento del paese per una non corretta gestione del problema. Dodici treni corazzati percorrevano la

linea ferroviaria lungo l'Adriatico e non erano inoperosi: respingono un attacco di idrovolanti contro Rimini abbattendone uno davanti a Riccione l'11 gennaio 1916: il 5 febbraio 1916 ne respingono un altro verso Rimini; il 2 novembre 1917 difendono Rimini e la costa romagnola dall'attacco di numerose siluranti. A Porto Corsini era localizzata la base degli idrovolanti italiani che facevano incursioni sulla costa dalmata e a Pola vi era la base aeronavale austriaca da dove partivano le loro incursioni. Rimini fu bombardata dall'incrociatore Sankt Georg già il 25 maggio 1915.

Le attività di San Marino, durante il conflitto, si concretizzarono con alcune azioni coordinate da un comitato appositamente costituito per organizzare e gestire tutte le iniziative. Pochi giorni dopo



l'ingresso dell'Italia nel conflitto, già l'8 giugno 1915, per dimostrare con segni visibili i propri sentimenti di umanità e solidarietà verso i popoli oppressi e verso la Madre - patria - Italia, si costituì un comitato che prese il nome di "Comitato Pro Fratelli Italiani Combattenti" ed a presiederlo fu eletto il prof. Onofrio Fattori che, nonostante le difficoltà e gli scarsi mezzi economici, riuscì a creare una struttura che portò a realizzare obiettivi veramente eccezionali; penso che altre persone non sarebbero

"... Dopo l'ingresso dell'Italia nel conflitto si pensava che la guerra fosse lontana, un evento localizzato al confine con l'Impero Austroungarico, nel Veneto..."

RISM

state in grado di ottenerli. Non si dimentichi che in seguito Fattori divenne anche generale delle milizie. Venne contemporaneamente creato anche un comitato femminile; il manifesto di convocazione diceva: *i nostri cuori palpitano d'amore e di fede con quelli delle madri e delle figlie italiane.*

Le azioni coordinate da questo comitato furono dirette verso tre obiettivi:

-L'arruolamento di volontari sammarinesi nell'esercito italiano

-Azioni umanitarie che furono rivolte verso i soldati italiani al fronte, i volontari sammarinesi, le mogli ed i figli degli italiani residenti in territorio che erano stati arruolati ed i familiari dei volontari sammarinesi, quasi tutti rimasti privi di mezzi di sussistenza. Da non trascurare poi l'importante apporto dato dalla Croce Rossa.

-La realizzazione di un ospedale di guerra, di prima linea sul fronte veneto, che fu attivo nel 1917 - 1918.

Il comitato femminile svolse una intensa opera confezionando, già all'inizio della sua attività, in poco più di due mesi, centinaia di camicie per feriti ed in seguito altri indumenti quali pezzuole per piedi, guanti, ventriere, calze e persino maschere antigas.

La creazione di una delegazione della Croce Rossa italiana a San Marino facilitò per molti italiani, con questa scappatoia, l'abbonamento ai pacchi alimentari ed il loro invio ai parenti prigionieri. Molti parenti di prigionieri italiani, internati in Austria - Ungheria venivano da fuori confine in Repubblica per utilizzare questa più facile via, viste le difficoltà che la politica di Cadorna creava per impedire questi soccorsi ai prigionieri, ritenuti dei codardi. E questa fu la strada utilizzata per aiutare anche gli internati sammarinesi in campo di concentramento. L'Austria infatti, ritenendo l'arruolamento di sammarinesi nelle file italiane in numero significativo per la popolazione, una politica di violazione di neutralità, ruppe le relazioni diplomatiche ed internò in campo di concentramento, a Katzenau, tutti i sammarinesi residenti nei suoi territori, soprattutto a Trieste.

L'ultima iniziativa attuata fu quella della realizzazione di un ospedale di guerra, un ospedale situato in prima linea, presso le trincee.

Il progetto fu sollecitato dal dott. Amedeo Kraus, viceconsole sammarinese a Firenze e cittadino sammarinese da due generazioni, avendo ricevuto la sua famiglia la cittadinanza sammarinese, trasmissibile ai figli, per meriti acquisiti verso la Repubblica. Era un valente e giovane chirurgo con grande esperienza. Era già intervenuto anche per prestare soccorso in una epidemia di colera verificatasi a Chioggia nel 1911, quando era appena entrata in terapia la metodica della reidratazione con soluzione fisiologica endovena e i risultati furono stupefacenti. Nel 1915 intervenne alle operazioni di soccorso ai feriti per il terremoto ad Avezzano. Fu in seguito docente di patologia chirurgica all'università di Firenze.

Nell'ottobre del 1916 fu diffuso il bando per arruolare il personale volontario che, oltre a medici e farmacisti, doveva comprendere anche dame, infermieri ed il personale per la guarnigione, ma in seguito fu limitato ai soli medici, farmacisti e cappellani, nonostante le richieste di diversi cittadini. Per le infermiere Kraus rispose, desolato, che non lo avevano autorizzato a portare personale femminile, trattandosi di un ospedale di prima linea. Quando l'ospedale era operativo furono però arruolate infermiere della Croce Rossa italiana. Prima della partenza i volontari, dopo aver preso visione del codice di disciplina militare italiano, fecero il giuramento presso le autorità sammarinesi con la seguente formula: *giuro di mantenermi fedele alla patria, di porre ogni mia attività e cura nell'adempimento del mio dovere, di accettare le leggi italiane durante il mio servizio militare per il bene comune della grande madre Italia, e si impegnavano a rispettare il codice militare italiano.*

L'ospedale, il numero 74 della Croce Rossa, aggregato al VII Corpo d'Armata, III Armata, Compagnia di San Marino, diventa operativo nell'aprile del 1917. Era ubicato in una struttura in muratura, la nuova scuola elementare di San Lorenzo di Fiumicello, presso Aquileia. Esponeva sulla facciata, oltre la bandiera italiana e quella della Croce Rossa, anche la bandiera sammarinese. Il personale aveva avuto il permesso di applicare sulla spalla sinistra dell'uni-

"... L'Austria infatti, ritenendo l'arruolamento di sammarinesi nelle file italiane in numero significativo per la popolazione, una politica di violazione di neutralità, ruppe le relazioni diplomatiche"...

RISM

"... I "nostri" prestarono soccorso, durante i due anni di attività, a migliaia di feriti..."

RISM

forme lo stemma di San Marino. La struttura, oltre le degenze aveva due ampie sale adibite ad infermeria ed una sala operatoria. In uno chalet fuori dell'edificio fu allestita la farmacia ed una sala di medicazione, e poi cucina da campo, direzione, amministrazione, magazzino in altri locali presso la scuola, laboratorio con microscopio, camera mortuaria, magazzino, bagni, docce, garage per l'ambulanza ed il pozzo artesiano per l'acqua. L'attrezzatura chirurgica e la farmacia erano le migliori per le conoscenze dell'epoca, noioso sarebbe elencarle. Aveva in dotazione anche l'apparecchio radiologico e l'ambulanza su veicolo motorizzato, presidi che ancora a San Marino l'ospedale della Misericordia non aveva. Era invece appena stata acquistata a San Marino una lettiga a trazione *umana ed animale*, poiché vi si poteva aggaggiare un cavallo e stazionava nell'ospedale per essere utilizzata in caso di necessità. L'ospedale di guerra era migliore di quello della madrepatria!! Anche il resto del personale medico era di levatura culturale notevole. Ad esempio il Capitano Egidio Tonnini, al termine del conflitto, andò a lavorare alla Clinica Medica del San Matteo di Pavia.



All'ingresso dell'ospedale era posizionata una tenda infermeria ove i feriti, prima di entrare in ospedale, venivano spogliati delle uniformi luride, lavati, ricevevano i primi soccorsi e solo allo-

ra, rivestiti di biancheria pulita potevano accedere all'ospedale per non contaminare gli ambienti e contagiare gli altri degenti.



Durante la disastrosa ritirata di Caporetto fu perso gran parte del materiale e notevole fu lo sforzo per ricostituire l'ospedale cercando nuove risorse, ricostituzione sollecitata anche dai comandi italiani. Il 6 marzo 1918 l'ospedale è di nuovo in azione a Melma nella Villa Varetton, presso Treviso, con le trincee davanti e l'artiglieria alle spalle, con alcuni trasferimenti nel corso dell'anno effettuati per motivi strategici, sino all'ultima ubicazione, che fu ad Aidussina, oggi in Slovenia, in un ex ospedale austriaco, dopo l'avanzata di Vittorio Veneto.

I "nostri" prestarono soccorso, durante i due anni di attività, a migliaia di feriti. Questo era dovuto al fatto che era un ospedale di prima linea per cui, dopo ogni battaglia, l'afflusso dei feriti era enorme ed era impossibile curare tutti in maniera compiuta. Dopo i primi interventi venivano trasferiti negli ospedali delle retrovie. Lo stesso Kraus dice che *la grande affluenza di feriti durante i combattimenti non consentiva una razionale, metodica disanima di ogni singolo caso ritenuto di lieve importanza. Mano a mano che giungevano, i feriti venivano medicati da un ufficiale assistente, il quale mandava in sala operatoria quelli che di volta in volta giudicava i più gravi per gli interventi o le cure del caso. Era quindi ben difficile, ad un primo esame, il distinguere se alcune delle ferite del cuoio capelluto non interessava leggermente la teca cranica quando l'individuo si presentava in condizioni generali normali. Sulla diatriba allora in corso, sul fatto che l'intervento fosse precoce o dilazionato, Kraus preferisce l'intervento immediato il quale aveva il vantaggio di*

prevenire meglio l'infezione, perché in un terreno appena colpito i germi piogeni non potevano allignare immediatamente e così si poneva subito argine all'infezione stessa. Gli interventi venivano eseguiti con narcosi eterea o con anestesia locale, a seconda dei casi, e tale narcosi era ben tollerata. Per ciò che riguarda le ferite della faccia, che erano 170, Kraus annota che *abbiamo sempre avuto molto riguardo a che le cicatrici delle ferite non deturpassero l'estetica della faccia. Si sono a tal fine eseguita varie plastiche per correggere notevoli perdite di sostanza.*

Le ferite al torace risultarono 144, delle quali solo una piccola percentuale i proiettili avevano attraversato a tutto spessore il parenchima polmonare. Kraus dice che *nell'insieme i toracici, con ferita transfossa ebbero un decorso di malattia abbastanza buono. La cura fu, oltretutto la disinfezione accurata della ferita delle parti molli e della frattura, quando vi era, rimozione di stracci di abito ecc. ecc. e l'immobilizzazione assoluta del malato. Vitto leggero, liquido, alvo mantenuto sgombro con lievi lassativi o con clisteri quando era necessario. Eccettuato nell'empiema negli altri feriti la guarigione fu rapida.* Soddisfacenti furono i risultati anche nelle ferite penetranti.

Il Direttore rileva anche la bassa mortalità avuta, ma si ricordi che in ospedale giungevano solo i feriti con alta probabilità di sopravvivenza, gli altri morivano prima. I cosiddetti *intrasportabili*, categorizzati col nastro rosso nella tabellina diagnostica, venivano portati agli ospedali solo se i primi sommarî interventi permettevano un miglioramento, con accesso però ritardato alle cure migliori ed elevata mortalità. E questo è il motivo della scarsa casistica di feriti all'addome giunti, per i quali Kraus dice che *la regola che si è seguita nel nostro ospedale è stata l'intervento precoce, quando i feriti arrivavano dopo poche ore dal trauma e le condizioni generali lo permettevano: l'intervento precoce è, a mio giudizio da preferirsi.*

Curioso è il caso di un soldato austriaco prigioniero, al quale si sospettava una lesione del faringe o dell'esofago e che, *ad un accurato esame ne dimostrò l'integrità, mentre il proiettile lo si poté palpare al disopra della scapola destra.* Riferisce questo fatto come *uno dei più tipici a conferma della facilità con cui i vari organi importanti sfuggono all'azione lesi-*

va dei proiettili.

Diversa era la situazione nei momenti di stasi dei combattimenti quando le degenze potevano prolungarsi sino alla guarigione.

Vi era anche il problema delle lesioni prodotte dalle nuove armi: gli shrapnells, le "freccie" lanciate dagli aerei (mazzi di decine di sottili, affilate e pesanti frecce metalliche che cadevano verticalmente e lanciate nelle trincee provocavano gravissime lesioni sui malcapitati che venivano colpiti), le bombarde, i gas e via via fino al terribile filo spinato. E poi le malattie: la casistica non era composta solo da traumatizzati, da feriti, ma anche da ammalati con problemi di medicina interna con congelamenti, tetano, gangrena gassosa, la spagnola, la malaria, questa con trecento casi solo nel nostro nosocomio, problemi neuropsichiatrici, e tanti altri. Nella documentazione che ci è giunta non vi è traccia di trattamenti con trasfusioni, nonostante tale pratica fosse stata introdotta dopo la scoperta dei gruppi sanguigni.

Oltre tremila malati e feriti furono quelli curati in maniera compiuta nell'ospedale sammarinese; il Direttore scrive che furono 3288, dei quali 2064 quelli di pertinenza chirurgica di cui *1811 di chirurgia di guerra e 253 di chirurgia comune. I malati di medicina 1233. Le ferite più numerose furono quelle alla mano con 339 casi, seguita da quelle al cranio ed alla faccia con 269.*

Ovviamente l'etica medica imponeva di curare anche i feriti di parte avversa e numerosi furono gli austriaci e gli ungheresi curati dai nostri. Anche una nostra infermiera, colpita da meningite fu curata con successo.

Vi furono situazioni nelle quali furono curati anche dei civili; particolarmente commovente il caso di un bambino sloveno ad Aidussina, giunto con una peritonite acuta da invaginazione intestinale, operato in condizioni disperate e che non sopravvisse.

A Casier sul Sile, a richiesta del sindaco, il dott. Tonnini si prestò anche a sostituire il medico condotto del paese che era morto, lavorando nel paese e nell'ospedale. E sempre in quella località nel 1918 Ernest Hemingway, fu ferito ad un ginocchio dal colpo di una bombarda austriaca, (era autista di ambulanza della Croce Rossa americana), ed

"... Ovviamente l'etica medica imponeva di curare anche i feriti di parte avversa e numerosi furono gli austriaci e gli ungheresi curati dai nostri..."

RISM

ebbe i primi soccorsi nel nostro ospedale, che le cronache locali definivano come "il migliore della zona" e dove fu trasportato subito dopo l'incidente e poi trasferito a Milano nell'ospedale della Croce Rossa americana. Scoperta questa recente anche perché il dott. Kraus, nella sua relazione, dice: oggi abbiamo curato il primo ferito americano e, storpiandone il nome lo chiama Fraest Hemmeringuey, per cui la notizia rimase sconosciuta.

Sempre a Casier il 15 giugno 1918 l'ospedale, all'inizio della battaglia del solstizio, fu colpito da un obice austriaco; un colpo precedente era caduto poco prima nella sala mensa, ove facevano colazione Nando Fattori, matricola di medicina ed autista dell'ambulanza e Nullo Casali, volontario dell'Arma Combattente in precedenza ferito e riarruolato con funzioni di aiutante nell'ospedale, ma fortunatamente non esplose. I due sammarinesi scamparono alla morte. L'episodio è narrato nel diario di Don Guidi, il nostro cappellano militare, che ci è giunto, purtroppo, solo con la narrazione delle vicende accadute nel corso di pochi mesi del 1918. Il cappellano su questo episodio scrive. ... l'ottavo colpo colpì e distrusse gran parte dell'ala sinistra del fabbricato uccidendo un cavallo e ferendo leggermente un conducente ed

"... Sempre a Casier il 15 giugno 1918 l'ospedale, all'inizio della battaglia del solstizio, fu colpito da un obice austriaco..."



8

il Sergente. Il resto tutti liberi [...] io rimasi sotto un cumulo di terra e di vetri; appena riavuto corro fuori saltando fra le macerie. Incontro uno urlando e tutto sanguinante in faccia. Cercai a tastoni fra il fumo e caddi nella grande buca scavata dal proiettile. Sentivo un lamento, corsi in quella direzione e trovai il Sergente maggiore ferito, ma leggermente. Mentre cercavamo le vittime inciampava-



7

RISM

9



mo l'uno con l'altro accecati dal fumo. [...] Passato lo sbandamento e chiamati tutti a raccolta eravamo tutti presenti, nessuna vittima. San Marino aveva esaudito la mia invocazione.

Nel dicembre 1918 l'ospedale cessò la sua attività quando era dislocato ad Aidussina, oggi in Slovenia. All'inizio del 1919 fu "smontato" e gran parte del materiale e l'ambulanza furono inviati a San Marino.

Vi fu a Trieste anche una solenne cerimonia, alla presenza del Duca d'Aosta e di Valerio, il primo sindaco italiano della città liberata, al quale furono consegnate la bandiera bianco azzurra dell'ospedale e la bandiera della Legione Garibaldina del 1849 che fu lasciata a San Marino durante la sosta di Garibaldi in Repubblica nel corso di quella ritirata da Roma.

Durante il conflitto dei nostri volontari ne morirono due, entrambi arruolati nell'arma combattente: Sady Serafini nel 1916 colpito presso Gorizia e, sempre nello stesso anno l'artigliere Carlo Simoncini deceduto per un cedimento del terreno mentre stavano allestendo una postazione.

Bibliografia:

G. Giardi, "L'Ospedale di Guerra della Repubblica di San Marino. San Marino e la prima guerra mondiale", San Marino, 2011

Indice delle foto:

1. Gli ufficiali sammarinesi nel 1918. Da sn: il farmacista Ten. Luigi Balsimelli, il Cap. Amedeo Kraus, il Serg. Nando Fattori, autista di ambulanza, il Ten. medico Carlo Galassi, il Ten. farmacista Vito Galassi, Ten. Commissario Giuseppe Lerede (italiano) Cap. medico Egidio Tonnini.
2. La cartolina ricordo dell'ospedale.
3. Carlo Simoncini, l'artigliere sammarinese deceduto nel 1916 (in basso a sinistra).
4. Il Capitano medico Egidio Tonnini.
5. L'ospedale sammarinese ad Aidussina ottobre 1918. Al secondo piano la bandiera sammarinese.
6. Il Duca d'Aosta in visita all'ospedale sammarinese (a sinistra, di spalle, Don Guidi. Sulla porta, con il registro in mano, il Cap. Kraus e, sulla vettura, il Duca d'Aosta).
7. Nando Fattori con l'obice inesplosivo che cadde a pochi metri da lui.
8. Gli effetti dell'obice da marina austriaco che colpì l'ospedale a Casier sul Sile nel giugno 1918

"... Durante il conflitto dei nostri volontari ne morirono due, entrambi arruolati nell'arma combattente..."

RISM

VOGUE



Late May 1918

CONDÉ NAST & Co

One Shilling Net

Garibaldi, alfiere dei disabili.

Di Garibaldi abbiamo letto di tutto, centinaia di biografie, i suoi pensieri, le sue memorie e, purtroppo, anche le fantasiose fanfaronate di chi tenta di offuscarne l'immagine con fango gratuito a scopo per lo più politico o commerciale. Sappiamo che, pur ingenuo in politica, egli fu un combattente brillante, magnificamente onesto nel suo idealismo in cui bontà e buona fede s'intrecciavano in un equilibrio ammirevole ma fragile di fronte ai machiavellismi del mondo d'allora. Nondimeno, lo dimostrò, era coraggiosissimo. Ma nemmeno di questo, oggi, vorremmo parlarvi. Quando io seppi che l'attrice Anna Marchesini lottava contro l'artrite reumatoide ne lessi qualche cosa e mi dissi che doveva essere faccenda assai terribile. Non potevo immaginare che, pochi mesi dopo, avrei dovuto affrontare lo stesso ingrato destino scoprendomi in preda alla stessa invalidante e dolorosissima malattia. Nel leggerne nuovamente, e con maggiore attenzione, venni a scoprire che oltre ai postumi della ferita dovuta alla fucilata presa in Aspromonte nel 1862, sfortunata impresa su cui molto si potrebbe dibattere, il generale Giuseppe Garibaldi soffrì, negli ultimi anni di vita, di questo male. Un male infimo, che procura dolori senza fine, soffoca la libertà, distrugge l'auto-



nomia e con esse l'autostima, la speranza e l'indipendenza dell'individuo. Il prode nizzardo dovette vivere a lungo con il peso di questa sfortunata patologia e, come sempre nella sua vita avventurosa, non s'arrese combattendo con costanza anche questa battaglia. Seduto sulle sue carrozzelle a triciclo, appoggiato al bastone od alle stampelle, disteso sui suoi letti ortopedici oppure accomodato sulla magnifica e modernissima poltrona, reclinabile e multiaccessoriata, che gli fu donata dalla regina Margherita di Savoia addolorata nell'apprendere delle grandi fatiche dell'eroe. Da anni ritiratosi nel paradiso che era, ed è, l'isola di Capraia, vi costrui la nota fazenda che oggi è il compendio garibaldino caro ai turisti che vi transitano e si perdonano tra memorie, cimeli, documenti e reperti. Tu-



di
Alessandro Mella

"...Non potevo immaginare che, pochi mesi dopo, avrei dovuto affrontare lo stesso ingrato destino scoprendomi in preda alla stessa invalidante e dolorosissima malattia..."



RISM

"... Con il generale se ne andava, insieme all'eroe dei due mondi, uno dei primi grandi alfieri italiani della lotta contro le disabilità motorie..."



risti cui alle volte possono sfuggire dettagli di non poco conto. I sentieri lungamente e magistralmente lastricati, le scale per lo più sostituite da rampe comodamente percorribili, accessi (che come le porte ed i locali) sono ampi e spaziosi così da facilitare i meccanici e difficoltosi movimenti di chi si confronta con articolazioni gonfie, doloranti e semi-bloccate come fossero "legnose". Un breve studio di Franco Bompreszi mi ha permesso di scoprire come Giuseppe Garibaldi abbia letteralmente inventato la prima forma italiana di architettura solidale e finalizza-

ta al miglioramento della qualità della vita dei disabili. Tra i grandi primati del generale vi è, quindi, anche questa magnifica attenzione ai dettagli che per lui, e per me e molti altri, non sono di poco conto tanto più che a quel tempo i farmaci erano ancor meno efficaci di quanto possono limitatamente far oggi. Oltre ad aver abbattuto le barriere che dividevano popoli figli d'una stessa patria, Garibaldi abbatté anche, e per primo, le barriere architettoniche. La sua malattia lo perseguì per anni e statisti, pubbliche amministrazioni e privati fecero a gara per donargli strumenti e dispositivi che potessero in qualche modo essergli d'aiuto. Lui, pur sofferente, condusse perfino la sua partecipazione alla guerra franco-prussiana del 1870 in carrozzina. Con il passare degli anni la situazione andò via via peggiorando fino alla scomparsa nel 1882.

Con il generale se ne andava, insieme all'eroe dei due mondi, uno dei primi grandi alfieri italiani della lotta contro le disabilità motorie. E sono certo che se oggi scoprisse un automobilista abusare dei parcheggi per i detentori di disabilità saprebbe ben lui rimproverarli con "garibaldina energia"!

Indice delle foto:

1. *Il tramonto a Caprera ed il magnifico busto del generale Garibaldi (Si ringrazia il Compendio Garibaldino di Caprera - Foto di Mary Cabras);*
2. *La poltrona che la regina Margherita di Savoia donò a Garibaldi per alleviarne le sofferenze (Si ringrazia il Compendio Garibaldino di Caprera - Foto di Danila Cuneo);*
3. *Garibaldi già costretto all'uso del bastone.*

RISM

Un eroe, un Maestro.



In questo periodo dell'anno, così pregno di ricordi storici, dobbiamo ringraziare di avere una memoria.

Questa è la fedele compagna che non ci deve abbandonare, e a Lei dobbiamo fare ricorso per non dimenticare le persone che, a vario titolo, hanno contribuito a costruire la nostra Patria.

Ormai un secolo fa finiva un'era di pace, la Belle Époque, per iniziarne un'altra... e sono bastati alcuni colpi di pistola a Sarajevo per questo passaggio, che si rivelerà cruento, assai più di quanto si sarebbe potuto immaginare.

Allo scoppio del primo conflitto mondiale nel 1914, l'Italia è alla finestra, ma il 24 maggio dell'anno successivo, si getterà anche lei nella mischia.

Divisa fra neutralisti ed interventisti, vinceranno i secondi. Fra questi, e fra i numerosi volontari in partenza per il fronte, vogliamo ricordarne uno in particolare.

È un volontario di 52 anni, Ufficiale dei Lancieri di Novara: Gabriele D'Annunzio. Colui che aveva riempito le cronache letterarie, e anche quelle rosa, doveva rivelarsi come uno dei primi combattenti d'Italia.

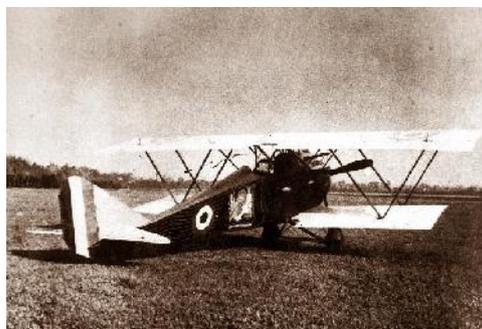
Assegnato al comando del Duca d'Aosta, mandava una veemente lettera a Roma dicendo, come ha ben riportato Attilio Mazza, che non era un letterato in papalina e pantofole.

Avuto presto il permesso di essere sempre presente là dove c'era il "periglio", rivelava doti organizzative e di comando assolu-

tamente di eccellenza. Si rivelava da subito non solo un comandante, ma un leader e un eroe a tutto tondo.

Soldato di terra, cielo e mare, alcune delle pagine più gloriose del periodo lo vedono protagonista, dai primi voli sul Carso alla Beffa di Buccari, "in onta alla cautissima flotta austriaca".

Ferito gravemente ad un occhio, che perderà, e dopo un periodo di convalescenza che lo vedrà autore de "Il Notturmo", eccolo al suo posto di comando, con i suoi fidi, ad organizzare sempre nuove imprese per giungere alla vittoria finale.



Già decorato diverse volte e promosso per Merito di Guerra, eccolo a capo dei velivoli (vocabolo dannunziano) alla volta di Vienna.

È il 9 agosto 1918 e le sorti della guerra sono in pauroso bilico. C'è bisogno di una spallata decisiva.

Con il volo sulla capitale austriaca e lo sgancio di migliaia di volantini tricolori,



di
Cesare Alpignano

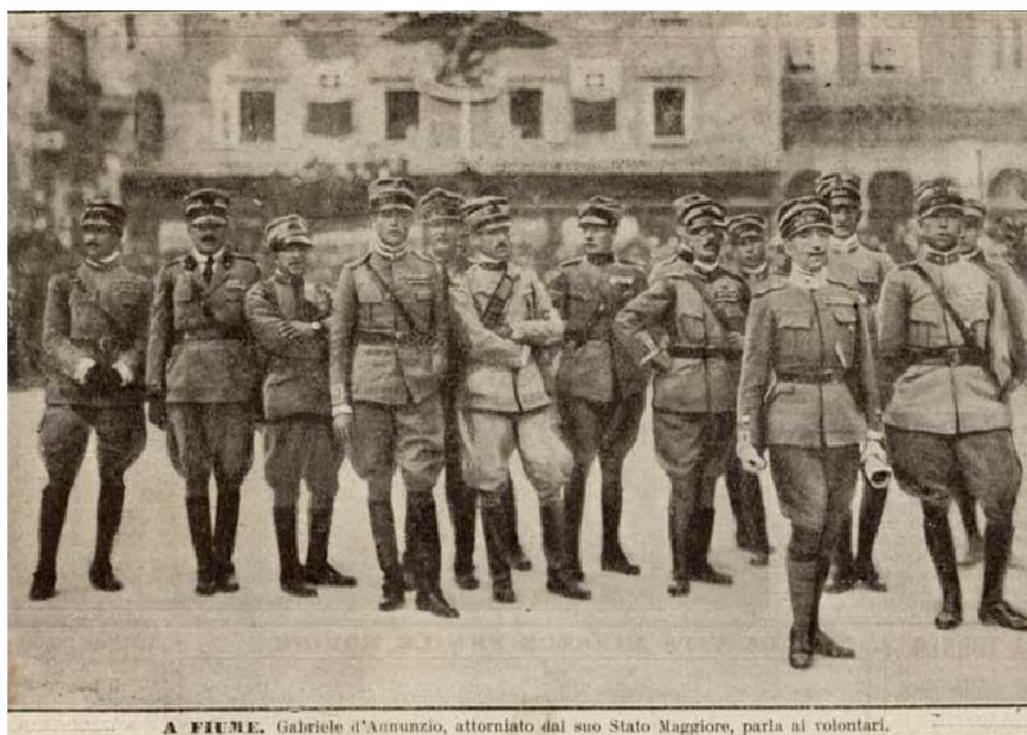
"... È un volontario di 52 anni, Ufficiale dei Lancieri di Novara: Gabriele D'Annunzio. Colui che aveva riempito le cronache letterarie, e anche quelle rosa, doveva rivelarsi come uno dei primi combattenti d'Italia..."

RISM



"... L'attaccamento alle sorti dell'Italia, con l'orgoglio, legittimo, dell'Uniforme che si indossa..."

ecco che una mano invisibile aiuta a respingere i nemici e a volgere in modo inesorabile la sospirata vittoria in favore dell'Italia. Decorato con Medaglia d'Oro al Valor Militare, e divenuto uno dei simboli di una vittoria e di un'epoca, noi oggi dobbiamo averlo ad esempio per spirito di sacrificio e abnegazione. L'attaccamento alle sorti dell'Italia, con l'orgoglio, legittimo, dell'Uniforme che si indossa. Gabriele D'Annunzio, Maestro (si noti la "M" maiuscola) di vita. Seguiamone il luminoso cammino...



A Fiume. Gabriele d'Annunzio, attorniato dal suo Stato Maggiore, parla ai volontari.

RISM

Dignità alle madri: Medici, Ostetriche e “Marinai” insieme per la tutela della donna. Prende vita “Nati a bordo”.



Giovedì 22 ottobre 2015, alla presenza dell'Assessore alla Sanità della Regione Piemonte, Antonio Saitta, i vertici del Corpo Sanitario della Marina Militare -



Ammiraglio Ispettore Enrico Mascia, Capo del Corpo Sanitario e Capo dell'Ispettorato di Sanità della Marina Militare, e Ammiraglio Gennaro Banchini, Capo del 1° Ufficio dell'Ispettorato di Sanità Marina Militare- accompagnati dal Direttore Generale della ASLTO2, Dott. Valerio Fabio Alberti, hanno ufficializzato, presso il reparto di Ginecologia dell'Ospedale Maria Vittoria ed alla presenza del picchetto d'onore dell'Associazione Marinai d'Italia, la convenzione fra l'ASLTO2 e la Marina Militare per il progetto formativo “Nati a bordo”, relativo alla gestione delle emergenze ostetrico-ginecologiche a bordo delle Unità Navali, che verrà sottoscritta dal Direttore Generale Alberti e all'Ammiraglio Comandante l'Accademia Navale Maurizio Ertre.

“Nati a Bordo” è un progetto formativo indirizzato ai medici della Marina Militare che mira a garantire alle donne imbarcate il miglior trattamento ginecologico – ostetrico possibile, siano esse immigrate o personale militare di sesso femminile. L'esigenza è dotare gli ufficiali medici del know-how necessario ad affrontare problematiche di ambito materno-infantile con la dovuta professionalità, nei confronti del



di
Luca Bello

“... Nati a Bordo è un progetto formativo indirizzato ai medici della Marina Militare che mira a garantire alle donne imbarcate il miglior trattamento ginecologico - ostetrico possibile...”



RISM



"... Il personale medico militare sempre più spesso si trova coinvolto in missioni di peace-keeping, o a fronteggiare emergenze umanitarie e di protezione civile..."

RISM

militare donna, come dell'assistito donna.

Il militare donna

Secondo un rapporto delle Forze Armate, le donne militari in Italia, al primo luglio 2010, erano 10.551: 6.942 nell'Esercito, 1.733 in Marina, 809 in Aeronautica e 1.607 nell'Arma dei Carabinieri; cifre importanti che giustificano un esame accurato degli aspetti peculiari connessi all'impiego di personale femminile, a livello operativo e logistico, e l'attenta considerazione delle necessità specifiche della donna militare che può essere soggetta ad infezioni genito-urinarie, sanguinamenti anomali e gravidanze. Il personale femminile svolge incarichi sia sul territorio nazionale che in tutti i principali teatri operativi, nei diversi corpi e specialità senza differenziazioni; a questa parità nel merito deve necessariamente corrispondere l'equità di un'assistenza medica "di genere" secondo l'attuale gold-standard diagnostico terapeutico.

L'assistito donna

Il personale medico militare sempre più spesso si trova coinvolto in missioni di *peace-keeping*, o a fronteggiare emergenze umanitarie e di protezione civile; in questi teatri operativi possono essere numerose le

richieste di trattamento di pazienti di sesso femminile, anche in condizioni cliniche critiche. Queste eventualità richiedono che gli Ufficiali Medici siano dotati di nozioni e competenze necessarie al trattamento della patologia ostetrico-ginecologica.

Le donne che vivono una gravidanza possono trascorrere i nove mesi dell'attesa in molti modi, secondo le loro abitudini e la loro condizione; per le più fortunate, è un periodo di serenità, costellato di stupefacenti emozioni e scandito da controlli sanitari periodici presso il proprio ginecologo o ostetrica di fiducia. Le future mamme più vicine alla nostra realtà, quando la pancia comincia a crescere, comprano i primi vestitini e decidono in quale ospedale andranno a partorire; in qualche caso,





scelgono lo staff medico che le assisterà e l'ostetrica che si occuperà di lei e del piccolo. Ma non per tutte è lo stesso. Alcune donne affrontano proprio in gravidanza momenti durissimi e tragici della loro esistenza e trascorrono giorni, settimane e addirittura mesi della loro "dolce attesa" in condizioni proibitive. La cronaca ci riporta ormai quotidianamente esempi di questi scenari: su barche di fortuna, sulle navi di soccorso, nei centri di accoglienza

per immigrati, sempre più spesso vengono soccorse donne in gravidanza, prossime al parto.

Le criticità individuate

La mancanza di un'adeguata esperienza specifica dei medici non specialisti in campo ginecologico ed ostetrico porta, in molti casi, ad intraprendere errati percorsi diagnostici, rallentando o rendendo più complicata la terapia per le pazienti femminili. Ancora più evidenti appaiono le

"... Alcune donne affrontano proprio in gravidanza momenti durissimi e tragici della loro esistenza..."



RISM

"... Chi ogni giorno è coinvolto nelle missioni di soccorso è ben conscio di quali siano le necessità mediche più pressanti in questi contesti critici..."

RISM

difficoltà nel percorso diagnosi-trattamento della donna in gravidanza e nell'assistenza al parto, che spesso rappresentano momenti di estrema incertezza per il medico sia ambulatoriale che d'urgenza.

Chi ogni giorno è coinvolto nelle missioni di soccorso è ben conscio di quali siano le necessità mediche più pressanti in questi contesti critici. Gli Ufficiali Medici impegnati a bordo delle navi della Marina Militare avevano rilevato una problematica nella tutela sanitaria della donna in ambito ostetrico-ginecologico, anche a causa di condizioni ambientali spesso inadeguate e a carenza di personale specializzato. Da questa considerazione, prende forma l'idea di una formazione specifica indirizzata a questi operatori sanitari d'eccezione.

"*Nati a bordo*" nasce come progetto embrionale nel 2012 quando insieme all'Ammiraglio Banchini (all'epoca Direttore dei Servizi Sanitari dell'Accademia Navale), presentammo all'Ammiraglio Tommaselli (all'epoca Capo del Corpo Sanitario Marittimo) ed alla Professoressa Benedetto, Direttore della Scuola di Specialità in Ginecologia ed Ostetricia dell'Università di Torino, una variante del "Kit donna soldato" dell'Esercito, sviluppato dal Generale Pucci, ginecologo della Brigata paracadutisti "Folgore", per mettere a disposizione ai medici della Marina Militare i farmaci, i dispositivi medici adeguati ed un supporto specialistico h24, per poter meglio affrontare le emergenze specifiche in campo ginecologico-ostetrico, sia per le "donne soldato", sia per le donne "civili" che avrebbero potuto necessitare della loro assistenza. Ma le necessità ed i quadri operativi sono variati nel tempo e la stesura definitiva del progetto maturò solo nell'aprile 2015 dopo aver presentato il progetto al personale del Corpo Sanitario Militare Marittimo durante il convegno DUAL-USE «*Operation Smile*» «Emergenze OB-GYN a bordo delle UU.NN.» presso l'Accademia Navale di Livorno. Al termine del convegno fui infatti invitato dall'Ammiraglio Ispettore Mascia a trascorrere il mese di giugno in servizio presso la Base di Augusta, a bordo delle unità navali nell'ambito dell'operazione Mare Sicuro, in affiancamento ai medici imbarcati, per valutare in prima persona l'operatività a bordo, evidenziare le necessità di addestramento e perfezionare il progetto formativo sulla base di emergenze e urgenze reali.

La struttura del corso

Il progetto formativo messo in campo dal Dipartimento Materno Infantile dell'ASL-TO2 e dall'Ispettorato di Sanità della Mari-

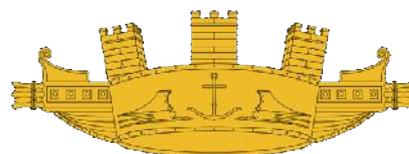
na Militare, prevede uno stage, a titolo non oneroso, di durata di 10 giorni circa, presso l'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Maria Vittoria di Torino diretta dal dr. Flavio Armellino, centro di III livello per la patologia materno infantile e centro di eccellenza per la chirurgia ginecologica mini-invasiva.

Gli ufficiali medici, dopo un breve corso teorico sulle principali urgenze ostetrico-ginecologiche e sul loro trattamento, affiancheranno il personale medico specialista nella gestione delle pazienti, dall'accettazione (pronto soccorso ostetrico-ginecologico) all'inquadramento diagnostico ed al trattamento terapeutico medico/chirurgico, e nell'espletamento del parto nelle sue possibili modalità, comprese anche le eventuali emergenze neonatali.

Lo stage potrà essere modulato sulle diverse attività dei medici tutor in modo da consentire al discente la possibilità affrontare un numero congruo di quadri clinici tali da consentirne un'adeguata formazione.

L'attività didattica verrà svolta a titolo completamente gratuito, grazie all'impegno su base volontaria dei Medici e delle Ostetriche del Punto Nascita, e grazie alla collaborazione del capo del Dipartimento Materno Infantile, dr.ssa Giovanna Guala e dei capi reparto, dott. Carlo Alovisei e dott. Biagio Contino

Oggi, anche per far fronte a scenari di migrazione sempre più gravi, i medici militari operativi hanno a disposizione un vero corso di formazione: *Nati a Bordo* è realtà.



Le stellette della Croce Rossa Italiana - 1907/1936



Il mercato collezionistico della militare spesso ci presenta degli stereotipi su determinati oggetti che non possono essere scalfiti se non dalla conoscenza della materia in più ampio spettro: la storia prima di tutto, senza tralasciare mai circolari ministeriali, leggi, cataloghi, ecc. che caratterizzano, in maniera necessaria, questa particolare branca del collezionismo.

E' il caso delle stellette a cinque punte caricate di croce rossa in campo bianco in uso al personale militare della Croce Rossa Italiana; nei miei venti anni di collezione ho sentito molti altri collezionisti o/e venditori definirle come *"in uso solo durante la prima guerra mondiale al personale*

della CRI impiegato durante la Grande Guerra". Quest'ultima affermazione non è nulla di più sbagliato che si possa dire per questi fregi da bavero che in vero, invece, furono utilizzati in un periodo ben più ampio, compreso tra il 1907 e il 1936, sia dal personale di truppa e graduati che sottufficiali ed ufficiali, nelle diverse fogge previste (d'argento zigrinate per gli ufficiali e lisce e nichelate per i sottufficiali, graduati e militari di truppa). Infatti dal 1907 fu disposto che il personale della Croce Rossa Italiana facesse uso di speciali stellette militari al bavero delle proprie uniformi: la stelletta a cinque punte con croce rossa in campo



di
Davide Zamboni

"...E' il caso delle stellette a cinque punte caricate di croce rossa in campo bianco in uso al personale militare della Croce Rossa Italiana..."



RISM

bianco al centro di cui stiamo trattando. Come ben sapranno i nostri lettori, le stellette a cinque punte caricate al bavero delle uniformi militari sono il simbolo peculiare di assoggettamento alla giurisdizione militare che contraddistingue da secoli i soldati italiani di ogni arma e corpo.

Successivamente al 1907, ben 29 anni dopo, con l'entrata in vigore del Regio Decreto 10 febbraio 1936 n. 484 "*Norme per disciplinare lo stato giuridico, il reclutamento, l'avanzamento ed il trattamento economico ed amministrativo del personale della Croce Rossa Italiana*" le speciali stellette citate vennero abolite e furono sostituite con le normali stellette a cinque punte, quindi senza croce rossa in campo bianco al centro. All'articolo 249 comma 2 del citato decreto troviamo, infatti, questa disposizione la quale dispone che *Il personale chiamato in servizio in base al disposto dell'art. 5 del regio decreto-legge 12 febbraio 1930, n. 84, deve portare sul bavero della giubba, della mantellina e del pastrano le stellette a cinque punte di cui al regio decreto 14 luglio 1907, n. 556, come segno della soggezione alla giurisdizione militare*.

Merita una trattazione a parte tutto quel che riguarda le uniformi in uso al personale della Croce Rossa Italiana sia nel periodo indicato in questo articolo che in quello precedente e successivo, quindi rimando alla lettura dei seguenti testi:

Il Corpo Militare della Croce Rossa Italiana, Ruggero Belogi, 3 volumi, diverse edizioni;

Uniformi e distintivi dell'esercito italiano nella seconda guerra mondiale - 1940/1945,

Andrea Viotti, Ufficio Storico Stato Maggiore dell'Esercito, Roma 1988;

Sotto un'unica bandiera - La Croce Rossa Italiana nella seconda guerra mondiale, Marcello G. Novello - Davide Zamboni, Marvia Edizioni, 2010.

E' semplicemente chiaro, quindi, che quando ci troviamo di fronte a stellette che sono caricate di croce rossa in campo bianco è indiscusso che siano esclusivamente riconducibili alla Croce Rossa Italiana, ma sarà necessario provvedere ad una datazione della loro età in quanto la forbice di utilizzo è ben più ampia della sola Grande Guerra a cui, erroneamente, molte volte siamo rimandati. Una corretta datazione sarà possibile conoscendo le caratteristiche delle mostreggiature da bavero in uso al Regio Esercito Italiano in tutti gli anni di esercizio.

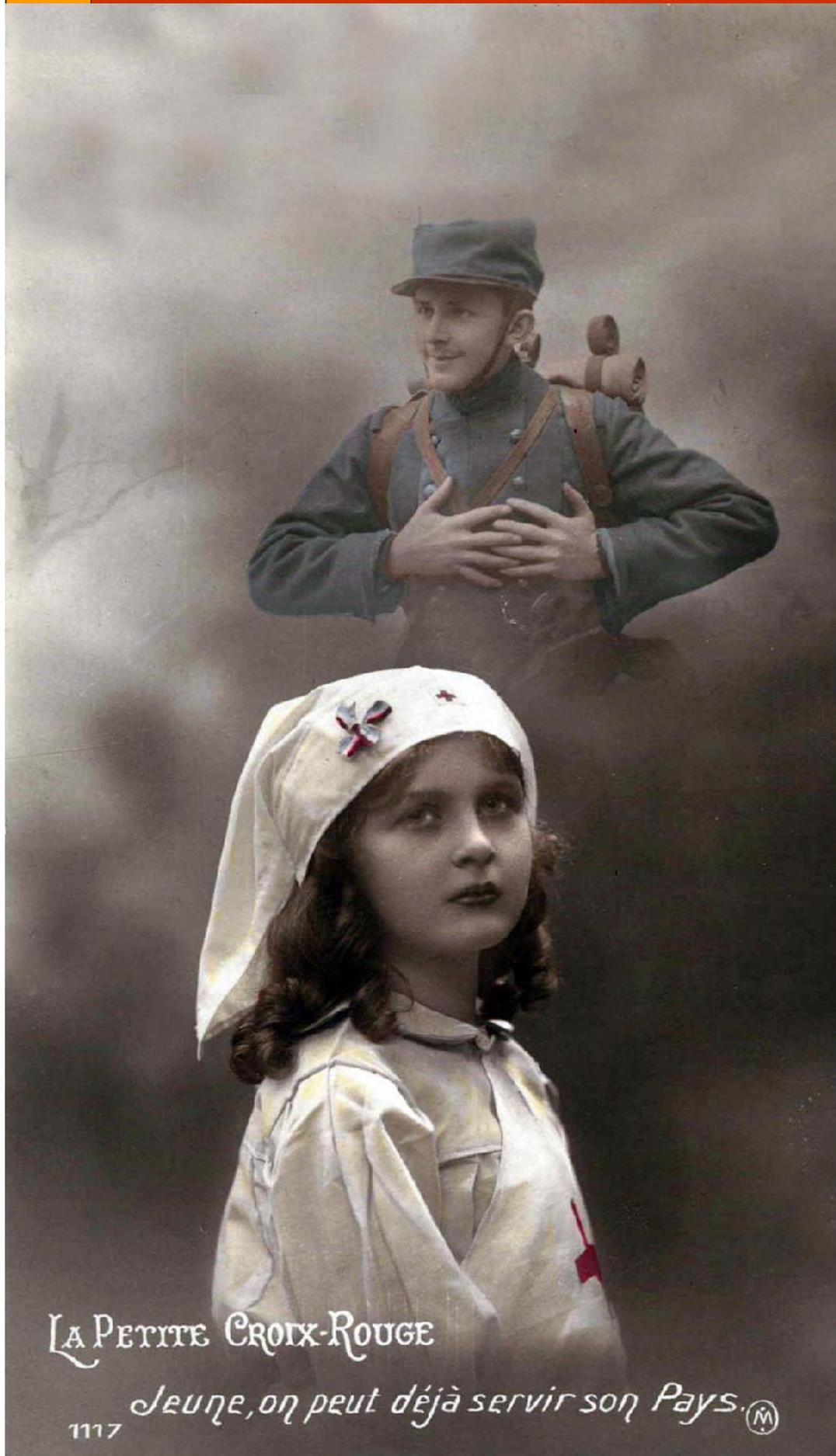
Nelle immagini a corredo di questo articolo riporto una coppia di stellette della CRI appartenute ad un ufficiale del Posto di Soccorso Ferroviario N 47 nella Prima guerra mondiale ed il confronto con una coppia di stellette dello stesso periodo in uso alla Fanteria del Regio Esercito, sempre da ufficiale, caricate sulle mostrine della Brigata Acqui.

L'ufficiale CRI a cui appartennero le stellette qui riprodotte è inoltre ritratto nella immagine del posto di soccorso ferroviario appena indicato.

"... E' semplicemente chiaro, quindi, che quando ci troviamo di fronte a stellette che sono caricate di croce rossa in campo bianco è indiscusso che siano esclusivamente riconducibili alla Croce Rossa Italiana..."

RISM





LA PETITE CROIX-ROUGE

1117 Jeune, on peut déjà servir son Pays. (M)

RISM

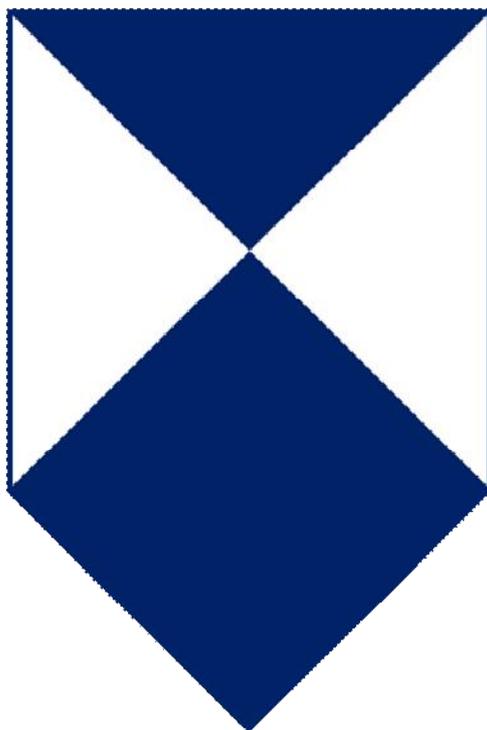


di
Anna Maria La Manna

"... I danni arrecati ai beni culturali, a qualsiasi popolo essi appartengano, costituiscono danno al patrimonio culturale dell'umanità intera, poiché ogni popolo contribuisce alla cultura mondiale..."

RISM

Il diritto dei beni culturali nei conflitti armati



La Convenzione per la protezione dei beni culturali in caso di conflitto armato firmata all' Aja il 14 maggio 1954 e che costituisce a tutt'oggi la fonte normativa primaria per la tutela dei beni culturali in tempo di guerra esordisce così: «I danni arrecati ai beni culturali, a qualsiasi popolo essi appartengano, costituiscono danno al patrimonio culturale dell'umanità intera, poiché ogni popolo contribuisce alla cultura mondiale». Si tratta di una significativa affermazione di principio, con essa si supera infatti la tradizionale impostazione statalistica della protezione dei

beni culturali e si prescinde dalla natura pubblica o privata dei beni tutelati. La *ratio* ispiratrice della Convenzione è la nozione unitaria di un «patrimonio comune dell'umanità» che richiama una comunanza di interessi, e non una contrapposizione, tra lo Stato nel cui territorio si trova il bene e lo Stato aggressore. Ne deriva, da un lato la necessità dell'internazionalizzazione della normativa specifica e, pertanto, l'interferenza negli ordinamenti statuali e, dall'altro, l'istituzionalizzazione di un 'dovere comune' tra Stati. La Convenzione dell'Aja sottolinea e rafforza la concezione che il patrimonio culturale sia espressione di un «superiore interesse dell'intera umanità», per cui i beni culturali si configurano come beni destinati alla fruizione collettiva piuttosto che come beni di proprietà, sia essa pubblica o privata, e da questa idea deriva il carattere pregnante e formante della normativa stessa.

La Convenzione del 1954 segna allora una tappa fondamentale nella formazione del diritto internazionale a tutela dei beni culturali in caso di conflitto armato e si colloca pertanto all'interno del diritto bellico che ha caratterizzato le Conferenze Internazionali di Pace del 1899 e del 1907 e le relative Convenzioni allora approvate inerenti gli «usi della guerra terrestre». Veniva superato il concetto di "guerra totale" basata sulla assimilazione della popolazione civile alle Forze Armate e di ogni bene agli obiettivi militari e sulla giustificazione di ogni tipo di violenza bellica, a favore del recepimento della concezione, di stampo illuminista,



della guerra come relazione conflittuale tra Stati i cui effetti devono essere circoscritti al solo potenziale bellico del nemico, inoltre si escludeva per la prima volta il ‘diritto di fare bottino’ delle cose appartenenti al nemico. La Seconda Guerra Mondiale, con le devastazioni e i bombardamenti a tappeto di città d’arte come Londra, Dresda, Varsavia che hanno avuto conseguenze tragiche anche per il patrimonio culturale, e durante la quale la Germania ha attuato una politica di sistematico saccheggio e confisca di opere d’arte, ha mostrato di fatto l’inefficacia degli strumenti normativi esistenti e ha indotto la Comunità internazionale a ripensare la normativa il cui esito è stato appunto la Convenzione del 1954, interamente dedicata ai «beni culturali» e i cui principi fondamentali fanno ormai parte del diritto internazionale consuetudinario.

La nuova normativa, composta dalla Convenzione, dal Regolamento di esecuzione ed dal Protocollo (che regola la sorte dei beni una volta terminato il conflitto), al cui art. 1 era individuato l’oggetto della disciplina e compariva per la prima volta, in un trattato internazionale, la locuzione «beni culturali», si applica ai conflitti armati internazionali che sorgano tra due o più Parti Contraenti, anche se lo stato di guerra non sia riconosciuto da una o più di esse; è applicabile tra gli Stati contraenti anche se nel conflitto sono coinvolti Stati che non aderiscono alla Convenzione (art. 18), era così superata la cd. clausola ‘*si omnes*’ (Convenzione del 1907) che subordinava l’applicazione della normativa alla condizione che tutti gli Stati belligeranti ne fossero parti. La Convenzione dell’Aja prevede due livelli di protezione dei beni culturali, uno «generale» relativo ai beni così come compresi all’art. 1 e che possono essere identificati in tempo di guerra da apposito segno distintivo (art. 16). Tale protezione si fonda sui principi di salvaguardia e rispetto dei beni culturali e si traduce nell’obbligo in capo agli Stati membri di predisporre un’adeguata tutela già in tempo di pace, attraverso l’adozione di misure “appropriate”, aggettivo poi sostituito con “possibili” (principio di prevenzione), nonché sia per lo Stato nel cui territorio si trovano i beni, sia

per lo Stato occupante vige il divieto di utilizzare i beni per fini che potrebbero esporli a distruzione o deterioramento e l’obbligo di astenersi da ogni atto di ostilità nei loro confronti. Uno «speciale» da applicare solo ad alcuni beni rientranti nelle categorie di cui all’art. 18 e purché inseriti in un apposito “Registro internazionale dei beni culturali sotto protezione speciale”, tenuti dal Direttore generale dell’UNESCO, per i quali è obbligatoria la segnalazione attraverso segno distintivo durante il conflitto.

I conflitti armati costituiscono da sempre una delle principali cause di danneggiamento e di distruzione del patrimonio culturale, perché nella strategia dell’aggressore l’attacco ai beni culturali equivale al tentativo di annullare l’identità e la memoria storica del nemico, aggiungendo alla distruzione materiale la distruzione morale del nemico. Nel 1991 la Conferenza Generale dell’UNESCO ha adottato una risoluzione finalizzata a migliorare gli strumenti esistenti per la protezione del patrimonio culturale e naturale del mondo.

“... l’attacco ai beni culturali equivale al tentativo di annullare l’identità e la memoria storica del nemico, aggiungendo alla distruzione materiale la distruzione morale...”



RISM



di
Fabio Fabricatore

La logistica del trasporto sanitario in combattimento: sviluppo ed evoluzione del concetto di ambulanza dalle origini alla Seconda Guerra Mondiale.

L'idea di Jean Henry Dunant, facoltoso uomo d'affari elvetico, che portò alla nascita della Croce Rossa, nacque- com'è noto- a seguito della sua presenza per ragioni d'affari a Solferino, in occasione della famosa battaglia che nel 1859 oppose le truppe francesi a quelle austriache durante la Seconda Guerra d'Indipendenza italiana.

Fu proprio in quell'occasione che l'osservazione delle atrocità commesse dai combattenti -fatto allora non inusuale- ma soprattutto la constatazione che feriti e morti erano lasciati al proprio destino senza alcuna possibilità che qualcuno si prendesse cura di loro, diedero a Dunant l'ispirazione per organizzare i primordi di un servizio sanitario strutturato e dei concetti base del triage.

“Dunant iniziò ad organizzare le donne della vicina città di Castiglione per dare cibo e dissetare i feriti. Lavare e fasciare le loro ferite: le Chiese di Castiglione furono ben presto trasformate

in ospedali” [Liguori Pierfrancesco (ed.), *Percorsi della Memoria, Storia della Croce Rossa a Torino 1864 – 1956*, Editrice Morra, Condove (TO), 1999, pag.3].

Le constatazioni di Dunant e la grande disponibilità mostrata dai volontari e dalla popolazione nell'aiutare i feriti avrebbero, di lì a pochi anni, permesso la nascita nel 1863 del Movimento della Croce Rossa e l'anno successivo, il 22 agosto 1864, alla stipula della Prima Convenzione di Ginevra sul trattamento dei feriti sui campi di battaglia.

Il problema del trasporto dei feriti era tuttavia già stato affrontato fin dal Diciottesimo secolo.

Il moderno concetto di “ambulanza” -con ciò intendendo una struttura sanitaria elementare capace di erogare i primi soccorsi e dotata di autonomia di movimento- nasce infatti dall'intuizione di Dominique-Jean Larrey, capo chirurgo della Grande Armée francese e pioniere della medicina d'urgenza -che introdusse su tutti i

“... Il problema del trasporto dei feriti era tuttavia già stato affrontato fin dal Diciottesimo secolo...”

RISM



campi di battaglia dell'armata napoleonica-, primo ad intendere l'"ambulanza" come mezzo adibito al trasporto dei feriti ed al loro allontanamento dalla zona di combattimento e antesignano nell'utilizzare fin dal 1793 il termine *ambulance* per definire quello che, tecnicamente, fu il primo battaglione di Sanità militare della storia dotato di un organico effettivo e permanente.

In Italia l'"ambulanza", intesa come veicolo speciale allestito per il trasporto organizzato di pazienti malati o feriti poteva in realtà vantare un'esperienza ormai secolare, sviluppata dalla collaborazione strettissima tra le antiche Misericordie e le carrozzerie che si dedicavano anche al settore sanitario.

I mezzi di soccorso

I mezzi di soccorso, nella loro accezione contemporanea, sono veicoli a motore, abitualmente adibiti al soccorso e trasporto di feriti o malati od all'esecuzione di trasporti e lavori stradali, di sgombero, di demolizione o di movimento terra- in occasione di calamità o gravi emergenze che richiedano l'intervento della c.d. "protezione civile".

Fino all'avvento ed alla sempre maggiore diffusione -a cavallo fra i Secoli XIX e XX- del motore a scoppio, il termine "ambulanza" (restringendo l'ambito ai mezzi di soccorso alla persona) era utilizzato per indicare carri, solitamente a trazione animale, utilizzati in ambito militare per l'allontanamento dei feriti dal campo di battaglia, ma anche per indicare ospedali da campo o di circostanza, allestiti in occasione dei combattimenti e semplici squadriglie di soccorso, contraddistinte dal bracciale di neutralità e dotate di zainetti sanitari ed impegnate nel recupero dei feriti direttamente dai campi di battaglia con barelle smontabili o grembiali portaferiti.

Accanto ad essi, frutto dello spirito modernista e tecnologico che animò tutto l'Ottocento, si diffuse, prima in via sperimentale -nella Campagna di Crimea del 1855/56 e nella Guerra

Civile Americana del 1861/65- l'utilizzo delle ferrovie per lo sgombero e la cura in movimento dei feriti.

Nel 1881 la Società Veneta per le Imprese e le Costruzioni Pubbliche presentò all'Esposizione Internazionale di Torino un treno-ospedale di 23 vetture, realizzato modificando appositamente carrozze destinate ai servizi ordinari di trasporto passeggeri, che avrebbero potuto essere rapidamente riconvertite in funzione delle necessità contingenti. E la Croce Rossa Italiana colse immediatamente l'occasione e l'importanza di questa innovazione, stabilendo fin dal 1886 la composizione del "treno-ospedale" tipo e provvedendo ad accantonare i materiali e gli arredi necessari per la trasformazione, che sarebbe stata operata solo in caso di necessità. Il primo treno-ospedale della C.R.I. fu allestito nel 1888, con il proposito di realizzarne tredici, utilizzabili su tutto il territorio nazionale, più uno per la Sicilia. Spesso tuttavia furono utilizzati spezzoni di treno, costituiti da un numero ridotto di carrozze (da due a quattro) agganciate a ordinari convogli passeggeri. Questa configurazione trovò la sua prima estesa utilizzazione operativa in occasione del Terremoto Calabro-Lucano del 1909.

Il ricorso alle ferrovie non rappresentava tuttavia l'unica soluzione: larghissimo uso ebbero infatti i carri-lettiga "di volata", con una barella vincolata ad un affusto a due ruote ed a trazione umana, ma soprattutto i carri-lettiga e le carrette "di battaglione" ippotrainati e le biciclette, sia per consentire ai medici di giungere più rapidamente ove necessario, sia attrezzate come "biciclette-barella", mezzi che potevano, una volta in presenza del ferito, essere agevolmente trasformati in carri-lettiga.

I mezzi di soccorso più utilizzati fino all'inizio del Novecento erano costruiti essenzialmente sulla base di veicoli le cui ruote erano caratterizzate da un sistema di sospensioni

"... Nel 1881 la Società Veneta per le Imprese e le Costruzioni Pubbliche presentò all'Esposizione Internazionale di Torino un treno-ospedale di 23 vetture...."

RISM

appositamente realizzato, tenendo conto delle caratteristiche e dell'utilizzo del veicolo, e la barella veniva posizionata su binari con sistema di bloccaggio e di molleggio che dimostravano uno studio approfondito e non meramente empirico del problema, ed un'estrema attenzione nei confronti delle necessità del trasporto medico-sanitario.

Non mancarono inoltre gli esperimenti di ambulanze lagunari e fluviali, come la "Alfonso Litta" realizzata nel 1899 dalla Croce Rossa Italiana attrezzando quattro grosse chiatte analoghe a quelle che effettuavano i servizi di trasporto merci fra Milano e Pavia. Soppressa nel 1915 in conseguenza del mancato sviluppo del servizio, essa fu tuttavia riesumata nel corso della Grande Guerra, come "ambulanza lagunare", da parte del Comitato Provinciale di Venezia della C.R.I., che se ne servì fino al giugno del 1917 per sgombrare i feriti dalle zone di combattimento.

Le prime ambulanze a motore

Lo sviluppo dei metodi di soccorso e dei mezzi utilizzati ebbe un'accelerazione determinante fin dall'inizio del XX Secolo, con la diffusione sempre maggiore dei veicoli a motore, prontamente adottati dalle forze armate di tutti i Paesi coinvolti dal Primo Conflitto mondiale.

La Croce Rossa, e la Sanità Militare, compresero infatti immediatamente la versatilità e le potenzialità offerte dai nuovi mezzi, ancora certamente perfettabili ma sicuramente più rapidi ed efficaci dei carri ippotrattati fino ad allora utilizzati, che peraltro coesistettero con i mezzi a motore per tutta la durata del conflitto, sia per la maggiore diffusione, sia per la relativamente maggiore versatilità e facilità di impiego, non vincolata da risorse energetiche e certamente più adatta ad un contesto di notevole difficoltà operativa quale il fronte del Triveneto, caratterizzato fra l'altro dalla notevole estensione di tratti montagnosi e di difficile accesso.

L'evoluzione tecnologica dei mezzi di

soccorso fu, in un certo modo, anche figlia dei conflitti: le soluzioni nate sui campi di battaglia ben presto si trasferirono alla pratica quotidiana, anche se la filosofia del soccorso rimase -e fu così fino a tutti gli anni Settanta del secolo scorso- improntata al principio "preleva e corri in ospedale", indipendentemente dalle condizioni del ferito.

Il trasporto sanitario all'inizio del XX Secolo era infatti caratterizzato da progetti ed esperienze tipici del Secolo precedente, durante il quale il trasporto su ferrovia aveva rappresentato la massima evoluzione -e certamente la più affidabile e versatile- dei mezzi di trasporto: questo avrebbe portato alla diffusione ampia e rilevante di veri e propri "Treni Ospedale", la cui epopea si sarebbe poi conclusa in maniera pressoché definitiva dopo il Secondo Conflitto mondiale.

L'"Eco di Bergamo" del 4-5 agosto 1911 diede ampio risalto alla notizia dell'inaugurazione della prima ambulanza a motore adottata dalla Croce Rossa Italiana, una Maccagno "Esperia 20-40 HP" carrozzata dalla ditta Panza.

Le caratteristiche erano ancora embrionali, ma l'interno del veicolo era già a pareti lisce, quindi facilmente lavabile con acqua, la lettiga scorrevole per agevolarne le operazioni di carico e scarico, ed i cristalli fissi (per ridurre il rumore) ma con aperture per la ventilazione.

Successivamente numerosi furono i veicoli ad entrare in servizio nella Sanità Militare e nella Croce Rossa Italiana, vincendo ben presto lo scetticismo dei Comandi militari che, legati alla tradizione del cavallo, non vedevano con favore la sua sostituzione con mezzi meccanici ancora caratterizzati da altissimi costi, estrema delicatezza e relativa difficoltà di impiego, dovendo essere condotti da personale esperto ed appositamente formato mentre poteva essere sufficiente un qualsiasi contadino che,

"... La Croce Rossa, e la Sanità Militare, compresero infatti immediatamente la versatilità e le potenzialità offerte dai nuovi mezzi...."

RISM



"...Con la guerra di Libia, fra il 1911 ed il 1913, abbiamo la prima comparsa dei veicoli a motore..."

una volta inquadrato come Milite, avrebbe potuto agevolmente condurre un mezzo a trazione animale.

Le vetture e le ambulanze propriamente dette erano principalmente prodotte dalle grandi Case automobilistiche dell'epoca: Brixia-Zust, Isotta Fraschini, Fiat (con la vettura Zero ed i notissimi autocarri 15 Ter e 18 BL), OM e SPA. I primi mezzi di produzione Alfa Romeo sarebbero arrivati all'inizio degli anni Trenta.

Con la guerra di Libia, fra il 1911 ed il 1913, abbiamo la prima comparsa dei veicoli a motore -principalmente mezzi di trasporto, ma anche veicoli utilizzati per attività di soccorso- sui campi di battaglia: sarà però nel corso del Primo Conflitto mondiale che il concetto di "ambulanza militare" per uso specificamente bellico trove-

rà una sua definizione ed attuazione concreta, con l'organizzazione del servizio della Sanità Militare e della Croce Rossa Italiana..

Essendo le ambulanze mezzi -per così dire- ancora sperimentali, gli stessi sistemi di segnalazione di emergenza erano ancora a livello embrionale: niente lampeggianti e sirene dunque, ma un semplice lume a petrolio, sul vetro opaco del quale era riportata la Croce Rossa, una bandiera bianca con il simbolo di neutralità e la tromba suonata da uno dei lettighieri che viaggiava in piedi sul predellino.

Un ulteriore sviluppo tecnologico si ebbe nel corso degli Anni Venti: le carrozzerie infatti, oltre a riconvertire i residuati bellici, iniziarono a trasformare in ambulanze le grosse ber-

RISM

line normalmente utilizzate per servizi di piazza (come ad esempio la Fiat 501), che -avendo un telaio più lungo-offrivano maggiori possibilità di realizzare vani sanitari più funzionali ed accoglienti.

Anche in questi casi i veicoli erano caratterizzati da superfici interne lisce, per facilitarne la pulizia con acqua, e si iniziarono ad installare rudimentali ma efficaci apparecchiature destinate a favorire il mantenimento dell'igiene e dell'ordine a bordo, come lavandini in porcellana e mobiletti in legno.

Le barelle erano generalmente due, collocate sul lato sinistro del veicolo, in posizione "a castello", quella inferiore scorrevole su binari e quella superiore vincolata mediante staffe al tetto del mezzo.

Su molti mezzi inoltre, nonostante la perdurante "filosofia" che limitava il trattamento del paziente al mantenimento delle sue condizioni in attesa del trasporto in ospedale, iniziò ad essere presente una elementare cassetta di medicazione, con una prima dotazione medico-sanitaria e farmaceutica. Sul finire degli anni Venti gli interventi sui mezzi iniziarono ad essere più "radicali": l'elemento forse più caratteristico fu l'adozione dei vetri opaline per dare una maggiore riservatezza al vano sanitario senza tuttavia togliere l'illuminazione.

In questo periodo trovarono grande diffusione anche mezzi di soccorso ricavati dagli autobus, che associavano le grandi dimensioni al telaio piano e relativamente basso, consentendo così di ricavare vani sanitari ragguardevoli, di facile accesso e con ampi spazi di manovra interni.

Le case produttrici maggiormente favorite furono ovviamente quelle che già avevano in produzione mezzi con simili caratteristiche: Züst, OM, Lancia, Bianchi, Ceirano, Isotta Fraschini e naturalmente Fiat, i veicoli della quale furono certamente i più diffusi, sia per il costo relativamente inferiore che per la grande facilità nel reperimento dei ricambi.

La motorizzazione della Sanità Militare e della Croce Rossa Italiana

Il processo di "motorizzazione" della Sanità Militare e della Croce Rossa Italiana ha inizio, come abbiamo già accennato, con il Primo Conflitto mondiale, in contemporanea a quanto avvenne analogamente per le Forze Armate Italiane e di tutti i Paesi impegnati nella "Grande Guerra".

La diffusione del motore a scoppio ed il passaggio, prima sperimentale ed artigianale e poi via via sempre più industrializzato, dalle carrozze senza cavalli a veicoli sempre più autonomi e caratterizzati da una identità tecnica specifica, portò ad un cambiamento radicale, sia nel costume che nella stessa tecnologia dei trasporti, ma inizialmente restò un fatto elitario e particolare: i primi "automobilisti" appartenevano infatti alla classe della cosiddetta "alta borghesia" -industriali, professionisti, possidenti, nobili- e disponevano di autisti che disimpegnavano per loro un servizio considerato meramente utilitaristico, di trasporto anche se in condizioni di particolare agio derivanti dalle comodità offerte dal "nuovo" mezzo-automobile.

La Prima Guerra mondiale, come ogni conflitto, portò con sé una modifica radicale, con l'estensione dell'utilizzo dell'automobile e il suo impiego specializzato per esigenze particolari, favorendo lo sviluppo di mezzi per il trasporto di personale, materiali, malati e feriti.

Numericamente poche e rare ad inizio conflitto, le autoambulanze, sempre più necessarie e richieste, inizialmente erano semplici "adattamenti" di normali automobili, spesso realizzate con soluzioni artigianali, alle nuove necessità di impiego.

Con la mobilitazione generale a partire dal 1915 furono molti gli imprenditori, aristocratici o professionisti che si misero a disposizione dell'Associazione della Croce Rossa Italiana con le proprie vetture. Questo embrionale "parco mezzi" fu poi

"... In questo periodo trovarono grande diffusione anche mezzi di soccorso ricavati dagli autobus..."

RISM

ulteriormente sviluppato a seguito di un Regio Decreto del 10 ottobre 1917 che vietava l'utilizzo delle autovetture private da parte di civili -salvo eccezioni dovute alle particolarità d'impiego, come ad esempio i medici- fino al termine delle operazioni belliche.

Gli autisti certamente non mancavano: spesso infatti i proprietari delle autovetture portavano con sé i propri chauffeur, con le funzioni di autista e meccanico. I proprietari venivano allora arruolati come Ufficiali, ed i conduttori come Militi.

Dal 1917 vennero allora costituiti -in analogia con l'Esercito Italiano- i primi Autoparchi della Croce Rossa Italiana, specificamente e permanentemente dedicati al servizio per le attività dell'Associazione, a differenza di quelli della Sanità Militare, la quale condivideva l'utilizzo dei mezzi con le altre Forze Armate.

Data la loro origine piuttosto eterogenea, questi autoparchi comprendevano veicoli di vario genere, principalmente automobili destinate a vari usi (servizi di comando, collegamento, trasporto personale), alcune convertite in autocarri, automobili ed autocarri per il trasporto di infermi ed autolettighe propriamente dette.

Queste ultime furono allestite sulla base di specifiche tecniche miranti a rendere omogenee prestazioni, dimensioni, numero delle barelle e loro modalità di carico e scarico. Verso il termine del conflitto la crescente standardizzazione e l'esperienza maturata permisero di realizzare vere e proprie autolettighe di serie, capaci di trasportare fino a sei barelle contemporaneamente.

Oltre alle autolettighe -veicoli dedicati in pratica al solo trasporto di malati e feriti lontano dalla zona di operazioni verso i luoghi di cura- furono realizzate ambulanze radiologiche, odontoiatriche ed ambulanze con bisturi ad elettrovibratore.

Le ambulanze chirurgiche svolsero, in questo ambito, un ruolo essenziale: veri e propri reparti di chirurgia

“volante”, gestite in genere da chirurghi di fama e dai loro assistenti, seguivano la linea del fronte. Tra questi chirurghi si può ricordare Bartolo Nigrisoli, ravennate, che proprio in virtù dell'enorme esperienza accumulata con l'ambulanza chirurgica prima in Montenegro (durante la guerra italo-turca) e poi nella Prima Guerra Mondiale, ottenne, nel 1919, la cattedra di Clinica Chirurgica generale presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Bologna.

Le autolettighe erano caratterizzate dall'elemento comune della carrozzeria chiusa e finestrata. I vetri furono poi protetti con scudature o persiane per l'impiego in zona di combattimento.

L'interno era attrezzato con panche longitudinali capaci di portare fino a dieci passeggeri, mentre mensole mobili consentivano di portare fino a quattro barelle.

All'esterno del vano sanitario, generalmente sui predellini, erano disposti vari contenitori nei quali erano riposte le attrezzature sanitarie, mentre sul tetto trovavano posto gli equipaggiamenti dei feriti e le barelle non utilizzate.

All'epoca tutti i veicoli sanitari erano contraddistinti da bandiere recanti il simbolo di neutralità (la croce rossa in campo bianco) sul tetto e da lanterne con la croce rossa collocate ai lati del parabrezza.

Gli autocarri più diffusi erano il Fiat 15 Ter -dal quale furono ricavate la maggior parte delle ambulanze, comprese quelle radiologiche ed odontoiatriche-, i Fiat 18 BL e 18 BLR -quest'ultimo spesso utilizzato come base per ambulanza chirurgica-, gli Isotta Fraschini OC5 e tipo 2 e 13.

Le vetture, data la loro maggiore diffusione, erano essenzialmente di produzione Fiat, soprattutto i modelli “Tipo Zero”, “12-15 HP Tipo 1” e “15-20 HP Tipo 2”.

Lo sforzo della industria automobilistica negli anni di guerra, fu -

“...All'epoca tutti i veicoli sanitari erano contraddistinti da bandiere recanti il simbolo di neutralità...”

RISM

considerato lo sviluppo tecnologico di allora- semplicemente impressionante: la sola F.I.A.T. produsse oltre 50.000 veicoli dei quali ben 20.000 vennero forniti agli Alleati, ed enorme fu naturalmente anche la produzione di materiali di consumo per l'indotto: pneumatici (Pirelli), accumulatori (Magneti Marelli), strumenti di precisione (Galileo), oli lubrificanti e carburanti. Alla fine delle ostilità risulteranno prodotti oltre 350.000 copertoni, 250.000 camere d'aria, 120.000 gomme piene, 210.600 tonn. di benzine per autotrazione e 25.000 tonn. di lubrificanti

La Sezione di Sanità

Unità mobili per eccellenza, definite "Ambulanze Divisionali" fino al 1970, le Sezioni di Sanità rappresentavano, come reparti sanitari delle Grandi Unità Operative, l'anello di congiunzione fra i "Posti di medicazione" dei battaglioni e gli Ospedali "di Guerra", "da Campo" o "Territoriali".

I feriti incorporati presso le Sezioni di Sanità dislocate negli Ospedali da Campo venivano classificati come:

-*Gravissimi trasportabili* (feriti al cranio, addome, colonna spinale), già sommariamente operati e destinati alle ambulanze chirurgiche per altri interventi d'urgenza;

-*Gravi trasportabili candidati ad urgente ed immediato intervento chirurgico*: feriti che necessitavano di altri interventi, smistati in altri Ospedali arretrati o passati ad ambulanze chirurgiche o radiologiche;

-*Gravi trasportabili a distanza breve*: destinati agli Ospedaletti da Campo più vicini, trasportati tramite carri o autoambulanze per barelle;

-*Trasportabili a lunga distanza*: feriti in condizioni stabili ma non in grado di camminare, caricati su autocarri diretti in retrovia;

-*Leggeri*: feriti che possono deambulare autonomamente.

Data la loro caratteristica di unità specialistiche destinate ad operare direttamente in zona di combattimento od a

ridosso delle prime linee, le Sezioni di Sanità furono articolate su due Reparti Someggiati, schierati ognuno in connessione ai due Reggimenti di fanteria di cui era costituita ogni Divisione.

Costituiti da un gran numero di portafertiti -quattro per ogni ferito da soccorrere-, i Reparti disponevano di numerosi muli, animali la cui immagine è intimamente legata a quella della Guerra sulle Alpi, destinati al trasporto dei "Cofani di Sanità", della barelle, delle lampade ad acetilene, delle tende, delle casse di cottura e di tutta l'attrezzatura necessaria.

A supporto dei Reparti Someggiati operava un Reparto Carreggiato, dotato di "carrette di battaglione", anch'esse a trazione animale.

Si ebbe quindi, per tutta la durata del Conflitto, un prolungamento della coesistenza fra i due sistemi -animale e meccanico- avvalorata dalla presenza, nelle Sezioni di Sanità, anche di un Drappello Automobilistico, costituito da due a quattro autolettighe, due autocarri leggeri per i rifornimenti, due "omnibus lettiga" per lo spostamento del personale e una motocicletta per il portaordini.

Un caso assolutamente particolare è poi rappresentato dall'esperienza dei "tram ambulanza", convogli di vetture tramviarie appositamente modificate, dedicati al trasporto dei feriti dalle stazioni ferroviarie principali ai vari ospedali territoriali.

Un simile esperimento fu realizzato a Torino, Milano, Roma, Bologna e Padova, raccordando le strutture ospedaliere alla rete tramviaria ed attrezzando come ambulanze alcune motrici ed alcuni rimorchi privati degli arredi interni, mentre il comune di Roma fece costruire una speciale motrice a carrelli in grado di trainare tre o quattro rimorchi contemporaneamente [Notizie tratte da *La guerra italiana*, 23 Agosto 1915 n. 13]. Analoghe esperienze furono certamente realizzate anche nei centri immediatamente dietro le prime linee, come ad esempio Treviso, ma non sono documen-

"... Un simile esperimento fu realizzato a Torino, Milano, Roma, Bologna e Padova..."

RISM

tati servizi dedicati in modo strutturato, sicuramente non gestibili in zone soggette ad occupazione militare e spesso a bombardamenti, terrestri od aerei, di particolare gravità.

Il Primo Dopoguerra

Il ripristino delle normali condizioni di vita, soprattutto nelle cosiddette "Terre Redente", impegnò direttamente anche le strutture sanitarie mobilitate, sia della Sanità Militare che della Croce Rossa Italiana. Vennero infatti allestiti -utilizzando i Treni Ospedale- numerosi "Treni Contumaciali" per il rimpatrio dei reduci dai campi di concentramento austroungarici. E molti furono i feriti anche gravi riaccompagnati a domicilio dalle strutture di cura da personale appositamente dedicato. Uno di essi, il Maresciallo Maggiore di Sanità Augusto Ciarpaglini, lasciò di questa esperienza uno splendido diario, cinque quaderni manoscritti redatti con grafia impeccabile e corredati da 317 fotografie e cartoline per un totale di 340 pagine, che raccontano i 168 viaggi intrapresi nel corso di cinque anni dal protagonista per riaccompagnare alle loro dimore in tutta Italia i grandi invalidi della Prima Guerra Mondiale ricoverati presso l'Ospedale di Rovizzano di Firenze tra il 1917 ed il 1922, percorrendo oltre 65.000 chilometri in treno, in nave, in carrozza, a piedi, in auto e con mezzi di fortuna [Giachino Achille M., Bragatto Donato e Cappellari Lorenzo, *I diari del Maresciallo Maggiore Augusto Ciarpaglini 1917-1922*, Edizioni FR, Ferrara 2013].

Gli anni fra il 1919 e il 1940 furono caratterizzati da evoluzioni di notevole rilievo nell'organizzazione dei servizi sanitari militari: il grande sviluppo della ricerca scientifica giocava un ruolo di primo piano nell'adozione di nuove tecniche e nell'organizzazione di servizi di assoluta avanguardia. "Fra le varie innovazioni ci fu l'introduzione della vaccinazione antitetanica; nel 1928, a Bologna, il Laboratorio Vaccinogeno Militare produsse l'anatossina di Ramon, inoculata con successo in un primo gruppo di 23 militari. La pratica vaccinale venne

poi estesa a tutte le truppe italiane, ad opera di ricercatori come Grixioni, Bruni e Bardelli. Il Regio Esercito Italiano fu la prima forza armata al mondo ad adottare con successo e grandi benefici questa vaccinazione. La medicina progrediva anche in nuovi settori, avendo a disposizione nuovi ed efficaci farmaci. Fra tutti meritano di essere ricordati i sulfamidici, in grado di offrire per la prima volta risultati concreti contro le malattie su base batterica come le polmoniti, le meningiti" [Clerici C.A., Mesturini F., Steffano G., *Medici in prima linea. La Sanità Militare Italiana nelle due guerre mondiali, Uniformi e armi, ottobre 2001. Pag. 36 - 42 J.*

Sulla scorta dell'esperienza bellica la Sanità Militare subì nei primi anni Trenta una ristrutturazione del suo apparato, con una riorganizzazione tattica e logistica che, almeno nelle intenzioni, avrebbe dovuto consentirne una maggiore agilità ed efficacia in occasione di esigenze operative.

Ma come tutti sappiamo la pace fu un'utopia di breve durata: fin dai primi anni Trenta si moltiplicarono infatti gli "esperimenti di mobilitazione" che coinvolsero attivamente la Sanità, la Croce Rossa e l'Unione Nazionale Protezione Antiaerea, istituita nell'agosto 1934.

Il 3 ottobre 1935 l'Italia dichiarò guerra all'Impero di Etiopia e la Sanità Militare fu coinvolta in nuovi problemi legati agli studi di medicina tropicale ed all'organizzazione logistica in territori ed in condizioni climatiche affatto nuove.

Alla Campagna d'Etiopia parteciparono 2.650 Ufficiali Medici delle Forze Armate, che si trovarono a lottare -peraltro con un certo successo- contro le malattie tropicali e le scadenti condizioni igieniche dei villaggi etiopi d'allora e contro le difficoltà di trasporto indotte da un territorio impervio, completamente privo di strade -realizzate in massima parte dal Genio Militare italiano- e con l'aggravante di un clima estremamente variabile e spesso inospita-

"...Ma come tutti sappiamo la pace fu un'utopia di breve durata..."

RISM

le.

I trasporti furono in massima parte realizzati con mezzi motorizzati e ferroviari, con grande uso di mezzi tecnici speciali quali i bagni campali (realizzati in genere su telaio degli autocarri Ceirano 50CM) ed autofrigoriferi (sul telaio dell'autocarro leggero FIAT 618). Non mancarono naturalmente le autolettighe che, dopo una rapida evoluzione nell'immediato dopoguerra -che aveva visto la realizzazione di interessanti esperimenti nati da modifiche delle grosse *limousines* dell'epoca, quali la Isotta Fraschini "8A" o la FIAT 521- furono realizzate in massima parte utilizzando i telai opportunamente modificati della diffusissima FIAT 508 "Balilla".

Il trasporto ferroviario aveva beneficiato ovviamente della standardizzazione e dell'aggiornamento delle carrozze, ma la struttura di fondo rimaneva sostanzialmente invariata. Nel 1937 tuttavia, sulla linea ferroviaria Asmara-Massaua entrarono in servizio alcune *Littorine* sanitarie, interamente dipinte in bianco e dotate dei contrassegni di neutralità, attrezzate modificando delle carrozze di automotrici Fiat Ferroviaria ALb 48.

La Seconda Guerra Mondiale

Anche il Secondo Conflitto mondiale vide un grande impegno della Sanità Militare in tutti i vari fronti nei quali erano impegnate le truppe italiane: in Africa Settentrionale, nei Balcani, in Russia e nel corso della ritirata e dell'occupazione del territorio metropolitano.

Gli eventi furono tuttavia affrontati da una struttura dotata di mezzi adatti alle esigenze di una guerra di trincea e non ad una moderna guerra di movimento. L'organizzazione delle strutture rispecchiava infatti ancora le esperienze del precedente conflitto mondiale.

Le stesse attrezzature campali, per composizione e caratteristiche tecniche erano sostanzialmente analoghe a quelle impiegate fino al 1918.

Unico elemento innovatore il larghissimo utilizzo dei mezzi a motore, ormai giunti ad un grado di ragionevole

maturità tecnica e di affidabilità. La stragrande maggioranza dei veicoli leggeri (autocarri, vetture per trasporto di personale e autolettighe) era realizzata sul telaio della terza serie della FIAT 508 "Balilla", ride-nominata "508 C".

La vettura, modernizzata da una carrozzeria che si richiamava a criteri di aerodinamicità -sulla falsariga di quanto precedentemente realizzato con la FIAT "1500"- beneficiava di innovazioni tecniche che avevano portato l'affidabile e robusto motore di 1089 cc. a 32 HP di potenza.

Tutti i veicoli per uso militare e sanitario erano inoltre stati sottoposti alla normativa prevista dal Regio Decreto Legge 1809 del 14 luglio 1937, il quale imponeva una specifica omologazione di tutta la produzione automobilistica civile alle specifiche ed ai capitoli emanati dal Ministero della Guerra.

Il criterio della standardizzazione, dell'intercambiabilità delle parti meccaniche e della razionalizzazione cominciava finalmente ad affermarsi, e fu ulteriormente rafforzato dal successivo Decreto Ministeriale 4896 dell'8 novembre del medesimo anno, che stabiliva i criteri di codifica dell'"autocarro unificato", definendo in modo univoco ed obbligatorio per tutte le Case automobilistiche le caratteristiche di base dei mezzi.

Non mancarono naturalmente mezzi speciali destinati ad impieghi particolari o prettamente militari, quali ad esempio il trattore SPA 38R del 1937, dotato del bloccaggio del differenziale, le numerose versioni "Coloniali" dei vari mezzi -come la FIAT "508" L o l'Alfa Romeo "2500 6 Cilindri"- e infine, dal 1939, l'autocarro medio FIAT 626, primo veicolo da trasporto italiano a cabina avanzata, particolarmente moderno ed innovativo per i suoi tempi.

Il FIAT 626 era dotato di trazione integrale, aveva un motore di 75 HP che gli garantiva una velocità di 65 km. orari -più che sufficienti per un mezzo militare- e una versatilità tale

"... Anche il Secondo Conflitto mondiale vide un grande impegno della Sanità Militare in tutti i vari fronti nei quali erano impegnate le truppe italiane..."

RISM

da permettere la realizzazione di versioni autolettiga a 6 barelle, autocorriera, cucina mobile, officina, autobotte e molte altre. Date le caratteristiche del progetto, particolarmente valide, moltissimi del "626" sopravvissuti alla guerra prestarono servizio nelle Forze Armate fino agli Anni Sessanta.

Le autoambulanze continuarono tuttavia ad essere realizzate su una molteplicità di basi diverse, che andavano dai mezzi speciali realizzati ad esempio dalla Carrozzeria SIATA di Torino sul telaio della FIAT 500 alle lussuose Lancia Ardena od Augusta, in genere tutte accomunate dal colore scuro imposto dalle norme sull'oscuramento per la prevenzione dei bombardamenti aerei.

Naturalmente nel corso della Seconda Guerra mondiale anche il Treno Ospedale trovò un larghissimo impiego nella maggior parte dei fronti in cui furono impegnate le truppe italiane: la sola Croce Rossa Italiana mobilità 22 Treni Ospedale avvalendosi di "milleduecento ufficiali dei vari ruoli e undicimilatrecento tra sottufficiali e truppa che, e lo possiamo ben dire con orgoglio a posteriori, svolsero il loro compito con disciplina, sprezzo del pericolo, alto senso del dovere e soprattutto con notevole spirito di attaccamento al Corpo affrontando con fermezza d'animo e salde virtù militari i disagi ed i rischi di una dura guerra" [<http://www.regioesercito.it/reparti/servizi/servsan.htm> e Ruggero Belogi, "Il Corpo Militare della Croce Rossa Italiana" Edito a cura del Comitato Provinciale della CRI di Bergamo, 1989, pagg. 133-135, pagg. 143-144, pagg. 147-149, pagg. 152-153].

Notevole importanza venne anche attribuita al potenziamento dell'organico e della dotazione delle formazioni militari sanitarie destinate a costituire i posti di soccorso ferroviari e portuali, alle quali era demandato lo specifico compito di assistere dal punto di vista medico-chirurgico - anche con interventi di una certa rilevanza - i militari viaggianti, isolati o no, su treni o navi, in transito nelle stazioni e nei porti, nonché di curare

la collaborazione con il personale dei treni ospedale qualora si fosse presentata la necessità di scaricare o caricare, durante il percorso, feriti o malati.

L'allestimento di queste Unità fu effettuato dedicando un'attenzione particolare soprattutto all'attrezzatura sanitaria. Fu infatti adottato un particolare tipo di barella per i feriti alla colonna vertebrale, e venne studiata ed efficacemente realizzata la possibilità di utilizzare barelle standardizzate, sia per le autoambulanze che per i treni-ospedale, al fine di ridurre al minimo i traumi derivanti da trasbordi certamente non agevoli, anche date le condizioni cliniche della maggior parte dei pazienti.

In ogni treno poi fu realizzata e resa operativa una camera operatoria di emergenza, dotata di tutto il necessario per consentire di effettuare interventi chirurgici anche di un certo livello.

Con questi treni (che nell'arco dell'intero conflitto percorsero oltre 200.000 chilometri) furono sgomberati i feriti ed i malati dal fronte greco-albanese, dal fronte croato-montenegrino e soprattutto dal fronte russo.

Per le operazioni sul fronte russo a seguito del CSIR e poi dell'ARMIR furono attrezzati in maniera particolare alcuni treni-ospedale la cui dotazione e le cui caratteristiche tecniche tenevano in ampia considerazione il clima rigidissimo delle zone di impiego ed il lungo viaggio da compiere.

Considerata la vicinanza alle linee di combattimento e la scarsità o addirittura mancanza di rifornimenti durante il percorso, in tutte le carrozze furono aggiunte contropareti in legno con intercapedini di materiale isolante, ed in tutti gli sportelli furono applicate speciali guarnizioni a tenuta d'aria: anche l'impianto di riscaldamento fu opportunamente potenziato.

Le dotazioni di coperte, sia per il personale che per i degenti, furono

"...Per le operazioni sul fronte russo a seguito del CSIR e poi dell'ARMIR furono attrezzati in maniera particolare alcuni treni-ospedale..."

RISM

aumentate, ed ogni treno venne inoltre equipaggiato con viveri, medicinali, serbatoi e filtri d'acqua in misura tale da garantire una quasi completa autonomia anche per lunghi percorsi.

Con queste modifiche, i treni-ospedale della C.R.I. affrontarono viaggi di oltre quattromila chilometri ad una temperatura anche di quaranta gradi sotto lo zero, portandosi sul fronte del Donetz per sgomberare i feriti del C.S.I.R. La storia di uno di questi Treni della Croce Rossa e del suo viaggio di rientro dalla Russia ispirò la trama di un film girato nel 1942, «Il treno crociato».

Protagonista il treno-ospedale della C.R.I. n. 14 ed il suo equipaggio.

“Nel marzo del 1941 fu affidato al treno-ospedale n. 13 il trasporto dei militari italiani, feriti e prigionieri di guerra dei greci, restituiti da quel Governo in cambio di militari greci di pari condizione.

Partito da Ravenna il 16 marzo al comando del capitano medico C.R.I. Martellini, il treno giunse il 19 marzo a Gevgeliye dove, pressoché contemporaneamente, giunse il treno-ospedale greco che era al comando di un colonnello medico.

Espletate celermente le formalità dello scambio e presi a bordo i nostri milita-

ri feriti, l'Unità rientrò a Trieste il 21 marzo, avendo portato a termine, in maniera del tutto felice, la sua missione umanitaria fuori del confine della Patria” [<http://www.regioesercito.it/reparti/servizi/servsan.htm> e Ruggero Belogi, "Il Corpo Militare della Croce Rossa Italiana" Edito a cura del Comitato Provinciale della CRI di Bergamo, 1989, pagg. 133-135, pagg. 143-144, pagg. 147-149, pagg. 152-153].

Per le necessità di sgombero e di trasporto dei malati e dei feriti, si rese poi necessario integrare in maniera sostanziale il parco delle ambulanze, che soprattutto nelle città avevano - data la loro maggiore flessibilità di impiego ed il minore vincolo a strutture fisse che erano state interessate da pesanti bombardamenti- ormai integralmente sostituito i servizi di tram ambulanza ampiamente usati nella Prima Guerra Mondiale.

Furono quindi acquistati centocinquantesette automezzi, successivamente integrati da altre duecento macchine -soprattutto di produzione Fiat, Lancia e Bianchi- la cui carrozzeria venne appositamente studiata, sulla base dell'esperienza acquisita, affinché le operazioni di trasporto fossero, per quanto possibile, confortevoli e celeri.

Si può calcolare che, al 1943, il numero delle ambulanze C.R.I. disposti-

“... Per le necessità di sgombero e di trasporto dei malati e dei feriti, si rese poi necessario integrare in maniera sostanziale il parco delle ambulanze...”

RISM



bili fosse di oltre 750 unità, moltissime delle quali andarono perdute per eventi bellici.

Durante il conflitto furono comunque sperimentate nuove tecniche di assistenza e trasporto, chirurgiche e nuove terapie mediche, destinate poi ad avere un'utile ed importante ricaduta sull'attività clinica in tempo di pace.

La sanità militare italiana impiegò, caso unico negli eserciti dell'Asse, neurochirurghi anche in prima linea, pressoché in tutti i fronti.

Dalle varie zone di combattimento giungevano poi casi al Centro Neurolesi dell'Ospedale Militare del Celio [G.M.F. De Caro et al, Neurochirurgia a Roma: 1880 - 1970, in "Annali Italiani di chirurgia", maggio - giugno 1998].

Durante il Secondo Conflitto mondiale si diffuse inoltre l'impiego delle trasfusioni di sangue, anche se contro queste tecniche giocavano pesantemente le difficoltà logistiche per rifornire di sangue gli ospedali al fronte, non essendo ancora affinate le tecniche di conservazione e non essendo disponibili mezzi attrezzabili in funzione di autoemoteche. Il sistema più utilizzato fu quindi quello delle "donazioni sui due piedi", utilizzando in caso di bisogno donatori occasionalmente reclutati in loco [P.G. Sironi, Donatori di sangue a Milano, Associazione Donatori Sangue Fatebenefratelli, Milano 2000].

Il Dopoguerra - Conclusioni

Nel 1946 la Sanità Militare fu riorganizzata e ristrutturata, assieme al resto delle forze armate.

Nel 1960 fu istituito a Roma il Centro Studi e Ricerche della Sanità dell'Esercito e pochi anni dopo, nel 1968, a Firenze nasceva l'Accademia di Sanità Interforze, strutturata su tre nuclei di forza armata e un nucleo veterinario a Torino.

Non essendovi più ragioni di intervento in zone di guerra, se non le esperienze maturate dal Corpo Militare della Croce Rossa Italiana in Corea nel 1951 (prima missione umanitaria all'estero di un Corpo armato italiano, che valse al nostro Paese l'ingresso nell'O.N.U.) e nel Congo nel 1963, gli interventi della Sanità Militare si rivolsero in seguito all'assistenza delle popolazioni civili in occasione di numerose calamità naturali, come l'alluvione del Polesine del 1951, il disastro del Vajont del 1963, l'alluvione di Firenze del 1966, il terremoto del Belice del 1968, le epidemie di colera del 1973 e molti eventi calamitosi successivi.

In tutte queste evenienze la Sanità Militare ha dispiegato le più recenti tecnologie e strutture logistiche e di trasporto, tenendosi al passo con i tempi ma fedele alle proprie tradizioni ed al motto "fratribus ut vitam servares", rispettosa dei principi di umanità e solidarietà indifferentemente dall'Uniforme indossata dal militare che viene soccorso.

"...Nel 1960 fu istituito a Roma il Centro Studi e Ricerche della Sanità dell'Esercito..."



*Oggi onoriamo la Croce Rossa,
una forza del bene che è molto
vicina al mio cuore.*

*S. A. S. la Principessa Grace di Monaco
9 Ottobre 1962*

RISM



di
Giovanni Mattei

"... è fonte di partecipata tristezza, ma anche motivo di riflessione sugli orrori della guerra..."

RISM

Una visita alla Linea Cadorna.



Tra le varie attività commemorative organizzate per il centenario della "grande Guerra", la Sezione Provinciale dell'Associazione Nazionale del Fante e la Delegazione Provinciale ANIOC (Associazione Nazionale Insigniti Onorificenze Cavalleresche) di Varese, hanno svolto una visita lungo quella



che fu a suo tempo denominata "Linea Cadorna", nel tratto compreso tra Viggiù, Monte Orsa e Monte Pravello, e che oggi rappresenta il secondo degli odierni nove



Itinerari Turistico-Didattici.

La "Linea Cadorna" è la denominazione ufficiale con la quale oggi si identifica il sistema di fortificazioni, frutto di quasi cinquant'anni di studi strategici, costruito lungo il confine italo-svizzero negli anni del primo conflitto mondiale quando si ritenne possibile che le truppe austro-tedesche, violando i valichi delle Alpi centrali svizzere, potessero dilagare in Italia ed occupare gli importanti centri industriali del nord.

I partecipanti, accompagnati da esperte guide del Gruppo Alpini di Viggiù-Clivio, han-



no così potuto visitare il complesso delle batterie e degli osservatori del Monte Orsa ed il sistema fortificato eretto tra il Monte Orsa ed il Monte Pravello.

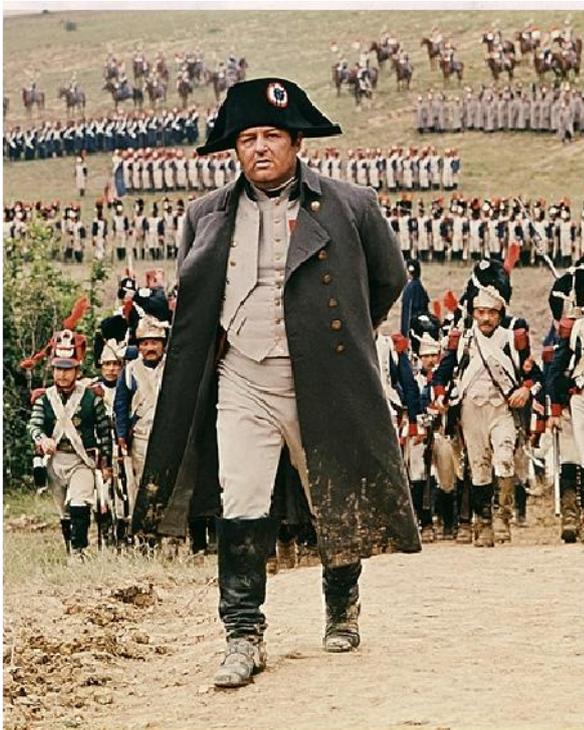
Trovarsi, sebbene da turisti, in quelle località che hanno visto una costante presenza delle nostre Forze Armate, esposte ai rigori del clima ed al rischio concreto per la propria incolumità, è fonte di partecipata tristezza, ma anche motivo di riflessione sugli orrori della guerra. Attività di visita come questa da noi svolta servono sì a commemorare quella terribile guerra di cento anni fa, ma anche a celebrare la pace, ponendosi a monito, per le giovani generazioni, affinché non siano mai più commessi gli errori del passato.



Il Waterloo di Bondarchuk, una pellicola eterna.



Pochi momenti della storia sono rimasti fissati nella memoria collettiva popolare. O per la loro valenza o per le leggende fiorite attorno ad essi. Senz'altro la battaglia di Waterloo rientra tra questi casi. Sancì il tramonto definitivo del sole napoleonico sorto ad Austerlitz dieci anni prima, un tramonto giocato fino all'ultimo minuto. Una battaglia, anche tecnicamente, degna del massimo interesse per la sua evoluzione e le circostanze che ne causarono l'esito lungamente incerto fino alla fine. Tanto che, nei due secoli trascorsi, tutti hanno ciecamente cercato la causa della sconfitta dell'imperatore spesso trascurando come numerosi e molteplici furono i fattori che concorsero a causare il tracollo della Grande Armata. La pioggia che aveva reso il terreno fangoso ed inadatto al tiro dell'artiglieria posticipando di due ore fatali l'inizio dello scontro (impedendo a Grouchy di anticipare il suo arrivo prima dei prussiani di Blücher), gli assalti incoscienti della cavalleria di Ney ai quadrati britannici, la cattiva salute di Napoleone e via di-



scorrendo. Una panoramica efficace fu offerta, nel 1970, dal regista russo Sergej Bondarchuk con il suo monumentale "Waterloo". Un film magnifico, con ri-

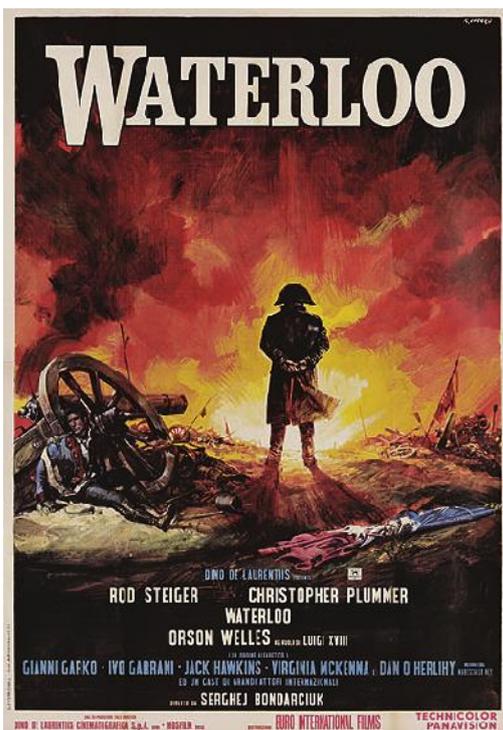


di
Alessandro Mella

"...Una panoramica efficace fu offerta, nel 1970, dal regista russo Sergej Bondarchuk con il suo monumentale «Waterloo»...."



RISM



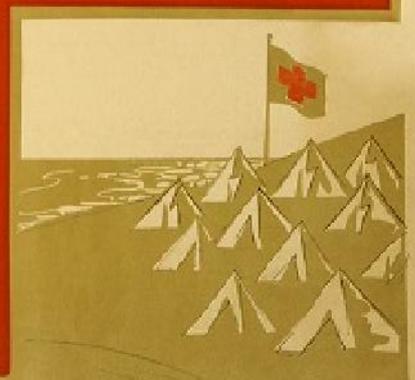
"... Il «Waterloo» del 1970, della durata d'oltre due ore, rimane un capolavoro del cinema di guerra..."

RISM

prese aeree degli scontri, migliaia e migliaia di comparse in divisa rese disponibili dall'armata rossa che concesse l'impiego, insolito, dei suoi soldati. Una concessione che fece risparmiare molti rubli alla produzione ma che ebbe un prezzo. Bondarchuk sapeva che le due "guerre patriottiche", come venivano chiamate in Unione Sovietica le invasioni del 1812 e 1941, erano un potente strumento di propaganda e quindi la valenza del personaggio di Napoleone era notevole. In molte scene, quindi, il protagonista Rod Steiger calcò la mano e diede spesso all'imperatore i toni e le movenze da dittatore novecentesco. Atteggiamenti che riprendevano gli stereotipi dei Mussolini ed Hitler visionari ed invasati andando a produrre un effetto di sottile paragone, un parallelismo che mai era dispiaciuto alla propaganda rossa. Ma al netto di questi dettagli l'interpretazione assunse toni epici nella seconda parte del film, quando la battaglia fu ricostruita magnificamente anche con scene di massa riprese in elicottero grazie alla lungimiranza del produttore Dino De Laurentiis. Il Waterloo del 1970, della durata d'oltre due ore, rimane un capolavoro del cinema di guerra, un kolossal di rare proporzioni anche per merito del cast letteralmente stellare! Dedicare un pomeriggio a questa pellicola eterna non è evitabile per chi si interessa di storia militare. A tratti parrà, anche grazie alle musiche di Nino Rota, di marciare con i reggimenti sul campo di battaglia fin sotto le mura di Hougomont.

Titolo originale: Waterloo
 Paese di produzione: Italia, Unione Sovietica
 Anno: 1970
 Durata: 134 min
 Colore: colore
 Audio: sonoro
 Rapporto: 2.20:1
 Genere: epico
 Regia: Sergej Bondarchuk
 Soggetto: H.A.L. Craig
 Sceneggiatura: H.A.L. Craig, Sergej Bondarchuk, Vittorio Bonicelli, Mario Soldati
 Produttore: Dino De Laurentiis
 Produttore esecutivo: Dino De Laurentiis
 Distribuzione (Italia): Euro International Film
 Fotografia: Armando Nannuzzi
 Montaggio: Richard C. Meyer
 Effetti speciali: Vladimir Likhachyov, Giulio Molinari
 Musiche: Nino Rota
 Scenografia: Mario Garbuglia
 Costumi: Maria De Matteis
 Trucco: Mikhail Chikiryov
 Interpreti e personaggi:
 Rod Steiger: Napoleone Bonaparte
 Christopher Plummer: Duca di Wellington
 Orson Welles: Luigi XVIII di Francia
 Virginia McKenna: Duchessa di Richmond
 Gianni Garko: Generale Antoine Drouot
 Dan O'Herlihy: Maresciallo Michel Ney
 Ivo Garrani: Maresciallo Soult
 Philippe Forquet: Generale de la Bedoyère
 Yevgeni Samojlov: Generale Pierre Cambronne
 Charles Millot: Maresciallo Grouchy
 Vladimir Druzhnikov: Generale Gerard
 Jack Hawkins: Generale Thomas Picton
 Ian Ogilvy: Generale DeLancey
 Terence Alexander: Lord Uxbridge
 Michael Wilding: Generale William Ponsonby
 Vasili Plaksin: Generale Peregrine Maitland
 Sergo Zaqariadze: Feldmaresciallo Blücher
 Karl Lyepinsk: Feldmaresciallo Gneisenau
 John Savident: Generale Muffling
 Orso Maria Guerrini: Soldato
 Orazio Orlando: Attendente di Napoleone
 Andrea Checchi: Soldato della Vecchia Guardia
 Veronica De Laurentiis : damigella al gran ballo
 Rod Steiger: Napoleone Bonaparte
 Christopher Plummer: Duca di Wellington
 Orson Welles: Luigi XVIII di Francia
 Virginia McKenna: Duchessa di Richmond
 Gianni Garko: Generale Antoine Drouot
 Dan O'Herlihy: Maresciallo Michel Ney
 Ivo Garrani: Maresciallo Soult
 Philippe Forquet: Generale de la Bedoyère
 Yevgeni Samojlov: Generale Pierre Cambronne
 Charles Millot: Maresciallo Grouchy
 Vladimir Druzhnikov: Generale Gerard
 Jack Hawkins: Generale Thomas Picton
 Ian Ogilvy: Generale DeLancey
 Terence Alexander: Lord Uxbridge
 Michael Wilding: Generale William Ponsonby
 Vasili Plaksin: Generale Peregrine Maitland
 Sergo Zaqariadze: Feldmaresciallo Blücher
 Karl Lyepinsk: Feldmaresciallo Gneisenau
 John Savident: Generale Muffling
 Orso Maria Guerrini: Soldato
 Orazio Orlando: Attendente di Napoleone
 Andrea Checchi: Soldato della Vecchia Guardia
 Veronica De Laurentiis : damigella al gran ballo

HELP



Souter

RISM

RIVISTA ITALIANA DI SANITA' MILITARE
REDAZIONE
PIZZA G. GOZZANO, 15 - 10132 TORINO

William Brooks © 1900 Pitta Sydney